

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1960

THÈSE

N°

921

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'UNIVERSITÉ

PAR

Ahmad HAMZEH

né le 18 Février 1926 à HEBRON (Palestine)

Ancien Interne des Hôpitaux du Maroc

Présentée et soutenue publiquement le :

PLACE DE L'ADENOCOLPO-HYSTERECTOMIE LARGE
AVEC CYSTECTOMIE TOTALE ET NEO-VESSIE ILEALE
DANS LE TRAITEMENT CHIRURGICAL
DES CANCERS AVANCES DU COL UTERIN

Président : Monsieur REDON, Professeur

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS-V^e

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1960

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'UNIVERSITÉ

PAR

Ahmad HAMZEH

né le 18 Février 1926 à HEBRON (Palestine)

Ancien Interne des Hôpitaux du Maroc

Présentée et soutenue publiquement le :

PLACE DE L'ADENOCOLPO-HYSTERECTOMIE LARGE
AVEC CYSTECTOMIE TOTALE ET NEO-VESSIE ILEALE
DANS LE TRAITEMENT CHIRURGICAL
DES CANCERS AVANCES DU COL UTERIN

Président : Monsieur REDON, Professeur

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS-V^e



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PROFESSEURS

1-10-1960

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis, Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN Léon BINET.

Membre de l'Institut

ASSESEUR. Jean VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie.	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale.	JAYLE (M. F.)
» » (Prof: à titre personnel)	ETTORI (J.)
» » (Prof: à titre personnel)	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale.	FAUVERT (R.)
» » (Prof: à titre personnel)	BOURLIERE (F.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
	SICARD (A.)
	N.
Cliniques chirurgicales	PATEL (J.)
	CORDIER (G.)
	GOSSET (J.)
	MOULONGUET (P.)
	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	GAUDART-D'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	MATHEY (J.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	DECOURT (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	LAMY (M.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique gynécologique (Broca)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	DELAY (J.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	N.
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	LENÈGRE (J.)
	BOUCAUT
	BROUSSAIS
	COCHIN
Cliniques médicales	JUSTIN-BESANÇON (L.)
	COCHIN
	HÔTEL-DIEU
	PITIÉ
	ST-ANTOINE
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	BROUET (G.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	BARIÉTY (M.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DREYFUS (G.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	KOURILSKY (R.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	DEBRAY (C.)
Cliniques obstétricales	GENNES (L. de)
	DEROT (M.)
	DAVID (M.)
	GARCIN (R.)
	LACOMME (M.)
	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie Sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	N.
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	N.
Embryologie	GIROUD (A.)
» (Prof: à titre personnel)	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	SÈZE (S. de)
Histologie	VERNE (J.)

Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	MM.	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)	
» (Prof ^r à titre personnel)	DEPARIS (M.)	
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)	
Médecine légale	PIÉDELIEVRE (R.)	
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)	
Parasitologie	GALLIARD (H.)	
» (Prof ^r à titre personnel)	BRUMPT (L. C.)	
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)	
» (Prof ^r à titre personnel)	LAURENCE (G.)	
Pathologie exotique	LAVIER (G.)	
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)	
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)	
Pathologie respiratoire	TURIAF (F.)	
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)	
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)	
» (Prof ^r à titre personnel)	LÉVY (Mlle J.)	
Physiologie	BINET (L.)	
» (Prof ^r à titre personnel)	BARGETON (D.)	
» (Prof ^r à titre personnel)	PARROT (J.)	
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)	
Physiologie médicale	DOGNON (A.)	
» (Prof ^r à titre personnel)	DJOURNO (A.)	
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)	
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	LÉGER (L.)	
Thérapeutique	CONTE (M.)	

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Anatomie.	CABROL (C.) COUINAUD (C.) OLIVIER (G.)	Ophthalmologie.	BRÉGEAT (P.) SARAUX (H.)
	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch.	Orthopédie.	JUDET (R.) RAMADIER (J.)
Anatomie pathologique	BUSSER (F.) GOUYGOU (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.)
Anesthésiologie.	VOURC'H (G.)	Parasitologie.	CHABAUD (A.)
Bactériologie.	BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)		BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) LOYGUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Biochimie médicale.	DESGREZ (P.), pr. s. ch. POLONSKI (J.), m. conf.	Pathologie chirurgicale	
Biologie appliquée à l'Éducation Physique et aux Sports	PLAS (F.)		
Carcinologie.	DENOIX (P.) MATHE (G.)	Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Dermato-Syphiligraphie.	DUPERRAT (B.)		
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)	Pathologie expérimentale	CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) MAURICE (J.) RICHEL (G.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.)		AUSSANNAIRE (M.) BOUR (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CASTAIGNE (P.), m. conf.] CATINAT (J.) CONTAMIN (F.) COURY (G.) FREZAL (J.) HOUSSET (E.) LAROCHÉ (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (O.) NICK (J.) PEQUIGNOT (H.), pr. s. ch. ROYER (P.) WOLFROMM (R.)
Histologie.	COUJARD (R.) pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)		
Hydrologie	CORNET (A.)		
Hygiène.	BOYER (J.), pr. s. ch. CORRE-HURST (Mlle L.)		
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)		
	DEROBER (L.), pr. s. ch.		
Médecine légale.	HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)		
Médecine du travail.	ALBAHARY (G.)		
Neurologie.	LHERMITTE (F.)		
	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.)		
Obstétrique	MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-ROZAT (J.)		

	MM.		MM.
Pédiatrie-Puériculture . . .	{ JOSEPH (R.)	Pneumo phthisiologie . . .	KREIS (B.)
	{ MANDE (R.)	Psychiatrie	PICHOT (P.)
	{ MOZZICONACCI (P.)	Psychiatrie infantile . . .	DUCHÉZ (D.)
	{ POLONOVSKI (G.)	Rhumatologie	DELBARRE (F.)
	{ ROSSIER (A.)		
Pharmacologie	{ BOISSIER (J.)	Stomatologie	{ CERNÉA (P.)
	{ LECHAT (P.)		{ CHAPUT (M ^{me} A.), m. c. agr.
Physiologie	DEJOURS (P.)		GRELLET (M.)
Physique médicale	{ GOUGEROT (L.), m. conf.	Thérapeutique	{ CHASSAGNE (P.)
	{ pr. s. ch.		{ LAMOTTE (M.)
	KELLERSHOHN	Urologie	QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE	Clinique obstétricale . . .	{ GRASSET (J.)
			{ MAYER (M.)
			{ RAVINA (J.)
Clinique chirurgicale . . .	{ ABOULKER (P.)	Clinique ophtalmologique .	{ DESVIGNES (P.)
	{ ANELINE (A.), pr. s. ch.		{ OFFRET (G.)
	{ HUGUIER (J.)		
	{ OLIVIER (G.)	Clinique oto-rhino-laryngo- logique	{ MADURO (R.)
	{ PADOVANI (P.)		
	{ POILLEUX (F.)	Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
	{ ROUX (M.)		
	{ VERNE (J.-M.)	Clinique psychiatrique . .	BARUK (H.)
Clinique médicale	{ DOMART (A.)	Clinique urologique . . .	KUSS (R.)
	{ PERRAULT (M.)	Médecine légale	GAULTIER
	{ RAMBERT (P.)		
	{ THIEFFRY (S.)		

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. — CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

Secrétaire général de la Faculté . .	M. LENA (J.)
Secrétaires	M ^{me} BEURLAND (H.), M ^{lle} CHAINTREUIL (G.), M ^{me} ROCHE (L.)
Conservateur en Chef	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur	Mlle DUMAITRE (P.)
Bibliothécaires	{ Mmes CONTET (J.), FORGET (F.),
	{ Milles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

PLACE DE L'ADENOCOLPO-HYSTERECTOMIE LARGE
AVEC CYSTECTOMIE TOTALE ET NEO-VESSIE
ILEALE DANS LE TRAITEMENT CHIRURGICAL
DES CANCERS AVANCES DU COL UTERIN

--s--

Ce travail est réalisé au centre Hospitalier
de Casablanca
(Service du Docteur Henri Comte)

A mes Parents,

A ma Femme,

A ma Fille,

A notre Président de Thèse,
Monsieur le Professeur H. REDON
Professeur de clinique carcinologique
A la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Chirurgie,
Officier de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de
cette thèse,

Qu'il trouve ici l'expression de
notre respectueuse reconnais-
sance.

A Monsieur le Docteur COMTE
Chirurgien chef du Service du Centre
Hospitalier de Casablanca,
Chirurgien du Centre anti-cancéreux
du Maroc,
Membre associé national de l'Académie
de Chirurgie,

Qui m'a accueilli dans son service
m'a inspiré le sujet de ce travail
et a bien voulu m'aider dans sa composition,
Son amour du travail et son inlassable
activité me seront un exemple,
Qu'il veuille bien trouver ici, l'expression
de toute ma reconnaissance et
respectueuse admiration,

INTRODUCTION

-:~:~-

Si la thérapeutique par les radiations seules ou par la radio-chirurgie du cancer du col utérin au stade I est aujourd'hui bien codifiée il en est tout autrement de celle des stades II et III et même de certains stades IV.

Dans le stade I le traitement chirurgical se présente comme un complément d'un traitement qui donne déjà 75 % de guérison. Il n'est plus guère discuté dans l'état actuel du traitement par les radiations et donne d'excellents résultats tant du point de vue vital que du point de vue de l'incidence de ses complications urinaires et urétérales.

Dans les stades II et III, et surtout dans les cas non contrôlés, par les radiations, l'adénocolpo-hystérectomie nous semble souvent ou insuffisante, ou dangereuse pour l'appareil urinaire. En effet dans la mesure où elle s'élargit pour rester valable du point de vue cancérologique, elle se grève de lourdes complications vésicales et urétérales. L'expérience de notre Maître le Docteur COMTE lui a montré que, pour que l'adénocolpo-hystérectomie primitive ou complémentaire du traitement par les radiations reste valable dans ces stades,

elle doit admettre de se transformer dans un assez grand nombre de cas en une opération mutilante et en s'accompagnant d'une cystectomie totale dite d'indication relative.

Cette opération est dans son esprit très différente de la classique pelvectomie antérieure qui en plus de l'adénectomie systématique doit enlever tous les plans artériels et veineux du petit bassin ce qui augmente notablement les difficultés opératoires et la mortalité. L'adénocolpo-hystérectomie avec cystectomie totale est plus facile et plus bénigne, elle s'adresse essentiellement aux cas que nous savons maintenant assez fréquents où il existe peu ou pas d'envahissement ganglionnaire. Ces formes correspondent aux cancers à envahissement local antérieur sans envahissements latéraux et ganglionnaires sur lesquels le Docteur COMTE avait déjà attiré l'attention dans sa communication à l'Académie de Chirurgie en 1956. Dans ces cas le pronostic ultérieur et les chances de survie très prolongées sont telles que l'opération est terminée par la création d'une vessie iléale, surtout si l'un des urétéres est dilaté. Dans ces stades II et III, l'opération conservatrice projetée doit donc souvent céder le pas à une opération mutilante, mais beaucoup plus valable au point de vue cancerologique qu'une adénocolpo-hystérectomie si étendue soit-elle.

Dans les stades IV avec envahissement de la vessie, la cystectomie totale devient d'indication absolue. Le Docteur COMTE pense même que doivent être considérés comme des stades IV, tous les cas avec un envahissement d'un urétére, car l'expérience lui a prouvé, que dans ces conditions aucune opération non mutilante n'était généralement valable. Mais là encore, et en ne parlant que des envahissements antérieurs qui sont de beaucoup les plus fréquents, la pelvectomie antérieure classique ne s'impose pas toujours. Il existe, en effet, ainsi que nous l'avons constaté beaucoup de cas où l'envahissement de la vessie ne s'accompagne pas d'envahissement ganglionnaire même obturateur et où, une adéno-colpo-hystérectomie avec cystectomie totale peut-être pratiquée. Dans ces cas le pronostic est tel que l'opération doit être terminée par une vessie iléale.

La pelvectomie antérieure classique s'adressant à des cancers plus lymphophiles et à envahissements plus latéraux qu'antérieurs est de pronostic éloigné moins bon et est généralement terminée par une simple anastomose urétéro-sigmoïdienne. Dans certains cas que nous rapporterons, l'opération peut-être menée d'un côté en adénocolpo-hystérectomie et de l'autre en éviscération pelvienne, enlevant les plans profonds ; cette différence de conduite d'un côté à l'autre est justifiée quand l'envahissement latéral n'existe que d'un côté et s'étend en bas vers le para-vagin. Dans ces cas, et suivant le pronostic, l'opération peut-être terminée soit par une ~~néo-vessie~~ iléale, soit par une anastomose urétéro-sigmoïdienne.

L'étendue de la colpectomie varie aussi selon les cas. Dans les formes où il y a un envahissement étendu vers le para-vagin, et surtout comme nous le verrons plus tard, si cet envahissement prend les formes d'un blindage lymphangitique, il est logique de faire une pelvectomie antérieure avec colpectomie totale. Dans ces cas au contraire, à envahissement surtout antérieur et à bon pronostic, où nous pratiquons une adénocolpo-hystérectomie avec cystectomie totale et ~~néo-vessie~~ iléale, nous faisons une colpectomie limitée évitant ainsi d'ajouter à la mutilation urinaire, une mutilation génitale.

Ce sont les indications de ces différentes opérations et spécialement de l'adéno-colpo-hystérectomie avec cystectomie totale et vessie iléale que nous proposons d'étudier dans cette thèse en rapportant onze cas d'interventions terminées par une vessie iléale.

NOUVELLE ORIENTATION DANS LA THERAPEUTIQUE RADIO

CHIRURGICALE DES CANCERS AVANCES DU COL

UTERIN.

- : -

Avant d'étudier les limites de l'adénocolpohystérectomie même élargie dans les formes avancées et les indications d'y ajouter une cystectomie totale et la création d'une vessie iléale, nous voudrions exposer la nouvelle tendance générale à laquelle répond ce type d'opération.

Nous pensons, dans l'ensemble, que l'intérêt du problème du traitement chirurgical de ces formes du cancer du col n'est plus de s'attaquer par des exentérations antérieures ou totales aux cas très avancés avec envahissements latéraux étendus et grand potentiel lymphophile, mais plutôt d'opposer aux cas moins avancés des opérations plus larges que la simple adénocolpo-hystérectomie même si les tuniques vésicales ne sont pas envahies et si la cystectomie totale n'est donc pas une indication absolue.

Nous avons déjà dit que dans ces cas, l'adénocolpohystérectomie est généralement insuffisante du point de vue cancérologique, et que si elle tend à s'élargir, elle devient très dangereuse du point de vue urinaire, sans augmenter beaucoup pour cela son efficacité.

La sélection de ces formes avancées mais encore locales sans infiltration basse para-vaginale ni envahissement lymphatique important permet si on pratique une cystectomie totale de leur appliquer un traitement assez large pour que le pronostic de survie prolongée soit tel, qu'on doive pratiquer la dérivation urinaire par la fabrication d'une vessie iléale, qui seule garantit, l'avenir rénal éloigné.

Notre Maître le Docteur COMTE a montré dans plusieurs études (Thèse du Dr.OURADOU et communication à l'Académie de chirurgie) sur la vessie iléale, qu'elle était l'excellence dans ses résultats éloignés, surtout si on les compare aux résultats désastreux à longue échéance des urétéro-sigmoïdostomies à annus continent.

La vessie iléale de BRICHER de Saint Louis est dans notre pratique réservée aux cas à très bon pronostic éloigné. Nous ne le conseillons pas en principe dans les pelvectomies antérieures difficiles et sanglantes telles que celles qu'on est obligé de pratiquer dans les formes lymphophiles du cancer du col envahissant la vessie. Dans ces cas l'urétérosigmoïdostomie est la plus logique des dérivations urinaires, étant donné le mauvais pronostic éloigné de ces interventions.

De l'ensemble des statistiques et de l'expérience de chacun ressort la notion que la survie de ces malades dépasse rarement deux ans, et que l'urétéro-sigmoïdostomie est là parfaitement suffisante. La vessie iléale ne pourrait être indiquée dans ces formes que si les fonctions rénales étaient très déficientes et seulement si l'état de la malade en fin de la pelvectomie antérieure permettait d'entreprendre cette opération dont la durée allonge l'intervention de 45 minutes à 1 heure. Au contraire, la vessie iléale nous paraît absolument indiquée dans les formes locales où nous pratiquons une adénocolpo-hystérectomie avec cystectomie totale d'indication relative ou absolue.

Nous distinguons nettement l'adénocolpo-hystérectomie avec cystectomie totale de la pelvectomie antérieure vraie. Dans la première, quelque soient ses différentes modalités que nous envisagerons plus tard, on n'enlève pas le plan veineux profond du petit bassin et tout le tissu cellulaire para-vaginal. Cette ablation s'impose dans certaines formes très étendues et surtout dans les formes basses, mais elle augmente la gravité de l'intervention et nous pensons qu'elle peut être souvent évitée.

Cette attitude nous semble d'autant plus logique que, dans la grande majorité des cas, nous opérons nos malades après traitement radium et radiothérapique; il s'agit donc d'opérations complémentaires du traitement par irradiation des cas avancés. Dans ces conditions, le radium a déjà agi sur le para-vagin et la partie adjacente du paramètre donc l'exérèse complète du tissu cellulaire et du plan veineux profond ne s'impose pas. Même s'il s'agit d'échec évident du traitement par irradiation ou de récurrence, les lésions cancéreuses restantes sont plus souvent hautes que basses et surtout ganglionnaires.

En faisant confiance au radium pour la stérilisation des lésions para-vaginales basses, nous adoptons une attitude un peu semblable à celle que DARGENT a adoptée dans l'adénocolpo-hystérectomie complémentaire du traitement radium-thérapique dans le stade I. Pour lui, l'opération complémentaire est une large adonectomie terminée par une hystérectomie totale de drainage sans réaction des paramètres ni section et décroisement des uretères. Il fait à ce niveau confiance au radium.

Quoique nous n'ayons pas adopté dans les adénocolpo-hystérectomies complémentaires pour les stades I cette attitude et que nous pratiquons cette intervention avec décroisement des uretères et résection du paramètre à la façon de WEIGS, nous trouvons l'attitude de DARGENT logique dans les stades I. Nous la transposons en quelque

sorte dans l'adénocolpo-hystérectomie complémentaire avec cystectomie totale pour les stades avancés, cela bien entendu à condition qu'il n'y ait pas de signe évident de non stérilisation basse para-vaginale en nous contentant d'une large résection du paramètre sans raser la paroi pelvienne comme dans la pelvectomie antérieure.

Ce que DARGENT fait dans l'adénocolpo-hystérectomie au stade I pour ménager les uretères nous le faisons dans l'adénocolpo-hystérectomie complémentaire avec cystectomie totale dans les stades avancés pour éviter, lorsque cela nous semble suffisant pour l'éradication de tout le cancer décelable, le redoutable plan veineux du petit bassin qui, à notre avis, est souvent plus difficile à disséquer dans les pelvectomies antérieures que dans les pelvectomies totales où le jour est plus large et l'accès plus facile.

Mais nous tenons à préciser que cette comparaison n'est valable que du fait que l'adénocolpo-hystérectomie avec cystectomie totale n'enlève pas le plan veineux du petit bassin et les tissus para-vaginaux, comme dans la pelvectomie antérieure classique. En effet, nous faisons toujours une large cellulectomie du paramètre en enlevant même souvent le plan artériel, après section des branches extra-pelviennes de l'artère hypogastrique : artère fessière, ischiatique, honteuse interne et obturatrice.

Cette opération n'est donc jamais, comme avait cru le comprendre DARGENT, d'après les premières publications du Docteur COMTE, une opération palliative avec cystectomie et dérivation urinaire iléale, mais bien au contraire une intervention enlevant largement tout le cancer dans des cas relativement peu avancés et à laquelle on pourrait surtout reprocher son caractère trop radical.

Nos considérons que la pelvectomie antérieure classique est une opération beaucoup plus grave que l'adénocolpo-hystérectomie avec cystectomie totale. Dans la première, nous n'avons pas réussi à abaisser la mortalité de 20 à 30 % des statistiques américaines. Cela peut venir en partie de ce que nous disposons de ressources moins

larges quant à la quantité des transfusions sanguines ~~para~~-opératoires; par contre, nous pensons que l'adénocolpo-hystérectomie avec cystectomie totale, même pratiquée avec le complément d'une vessie iléale doit donner une mortalité de l'ordre de 10 %.

Nous savons bien que CHARDOT de Nancy a obtenu 2 décès seulement sur 25 exentérations, mais il faut remarquer qu'il finit un très grand nombre de ces pelvectomies par des urétérostomies cutanées (6 fois sur 10 exentérations antérieures). Cette technique est rapide et évite les aléas urinaires immédiats des anastomoses urétéro-sigmoïdiennes.

Quant à nous, nous ne pratiquons jamais l'urétérostomie cutanée, car cette infirmité et les soins qu'elle demande sont inimaginables en milieu marocain et nous pensons que, même en milieu européen, elle doit être évitée malgré le risque d'une mortalité plus grande : d'autre part, ses résultats éloignés sont très mauvais, ce qui la condamne dans les formes à bon pronostic.

Toutes ces considérations nous poussent à préconiser une orientation nouvelle dans le traitement chirurgical des cancers avancés du col. Cette orientation peut être schématisée par la tendance à limiter les indications de la pelvectomie antérieure classique et à la réserver aux formes à envahissements bas et latéraux avec adénopathies très étendues et à chercher au contraire à opposer aux formes moins avancées des interventions plus larges que l'adénocolpo-hystérectomie si étendue soit-elle, car elles admettent dans des cas bien précis, le sacrifice de la vessie et des terminaisons urétérales.

Les adénocolpo-hystérectomies dans ces cas sont reconnues par tous comme décevantes et grevées de trop de complications urinaires. Nous préconisons de les remplacer dans beaucoup de cas que nous préciserons plus loin, par des interventions enlevant les extrémités inférieures des uretères et la vessie et pour nous donc, l'opé-

ration de choix dans ces cas est l'adénocolpo-hystérectomie large avec cystectomie et néo-vessie iléale.

Cette nouvelle orientation est, en quelque sorte, l'aboutissement de la pratique du Docteur COMTE dans le traitement des cancers avancés. Cette évolution, depuis 1951, où il a pratiqué ses premières pelvectomies totales, a été d'abord de s'attaquer aux cas très avancés par des pelvectomies totales. Il a, depuis, abandonné en grande partie ces opérations, soit du fait de la mortalité et des récidives parfois précoces, soit surtout du fait des conditions de vie de ses opérées marocaines. Ces conditions de vie leur rendent en général pratiquement impossibles les soins demandés par une colostomie humide, et même ceux demandés par son procédé de vessie sigmoïdienne avec abouchement à canon de fusil dans la fosse iliaque gauche de l'anus urinaire et de l'anus stercoral. Cette dernière considération a été, pour lui, plus importante que les premières, car il admet que dans les cancers non lymphophiles, il y ait des cas de pelvectomie totale à bon pronostic éloigné.

Dans sa communication en 1956 à l'Académie de Chirurgie à propos de 65 pelvectomies antérieures ou totales, il avait marqué cette tendance à abandonner la pelvectomie totale dans beaucoup de cas et à essayer, dans certains autres, à lui, substituer la pelvectomie antérieure en conservant le rectum souvent non envahi lui même et en le mobilisant, lui et la lame pré-sacrée, pour pouvoir étendre l'exérèse très largement aux ligaments utéro-sacrés, à la partie postérieure des lames sacro-recto-génitales et aux ganglions du promontoire.

Enfin, il commençait dès ce moment à préconiser d'abandonner aussi les mauvais cas de pelvectomie antérieure avec blindages cancéreux, même limités en avant, pour sélectionner les cas où l'on pourrait faire une adénocolpo-hystérectomie large avec cystectomie totale

Depuis, il a cherché à suivre une voie différente de celle qui consistait à opposer, aux cas même avancés, des opérations moins mutilantes et a été, au contraire, amené, à faire des cystectomies à beaucoup de cas généralement considérés comme justiciables de la simple adénocolpo-hystérectomie. Il a cherché surtout à traiter de suite après leur irradiation, les stades II et III, non stérilisés par les radiations, auxquelles sont souvent opposées les adénocolpo-hystérectomies complémentaires insuffisantes et à sélectionner les cas auxquels il était logique de faire une adénocolpo-hystérectomie étendue avec cystectomie totale et vessie iléale.

Lors de sa communication à l'Académie de Chirurgie l'année dernière, sur les résultats de la vessie iléale, il avait pratiqué :

- 31 pelvectomies antérieures avec urétéro-sigmoïdostomie
- 10 adénocolpo-hystérectomies plus ou moins étendues avec vessie iléale.

Il pense que cette proportion augmentera sans doute de plus en plus en faveur des opérations à type adénocolpo-hystérectomie, avec cystectomie et vessie iléale, à mesure que l'on s'attaquera surtout aux non stérilisations et aux échecs immédiats des radiations. On pourrait dire que la pelvectomie antérieure classique et surtout l'intervention pour les récidives négligées ou tardives des radiations et l'adénocolpo-hystérectomie avec cystectomie totale et vessie iléale est surtout l'intervention des non stérilisations ou des échecs immédiats dans les stades II et III.

Ces distinctions qui peuvent sembler arbitraires seront précisées par l'étude des observations que nous rapporterons. Mais il est nécessaire, avant d'entreprendre cette étude, de rappeler les dangers et les échecs urinaires de l'adénocolpo-hystérectomie en général et spécialement dans les formes avancées. Dangers et échecs qui ont pu faire dire, à juste titre, que tout le problème du traitement chirurgical du cancer avancé du col était urologique. L'adénocolpohystérectomie avec cystectomie et vessie iléale nous semble être une des réponses à cette question.

LES DANGERS URINAIRES DES ADENOCOLPO-HYSTERECTOMIES

-:-:-:-:-

Nous entendons par cas avancés les stades II et les stades III et même certains faux stades IV de la classification internationale.

Tout le monde sait ce que cette classification a d'arbitraire. Les défauts de cette classification ont été schématisés par le Docteur COMTE, dans un article récent du "Maroc Médical" sur le traitement des cancers du col, de la façon suivante :

"Il faut, avant d'entreprendre cette étude, définir les insuffisances de la classification internationale des cancers du col en 4 stades et, de plus, les difficultés d'y apporter remède. Cette classification est purement clinique, mais à l'intervention 16 à 20% des stades I, censés strictement limités au col, présentent des métastases cancéreuses ganglionnaires pelviennes, et plus de 30 % des stades II, censés n'envahir que le col et les paramètres présentent les mêmes métastases. La classification clinique devrait donc être remplacée par la classification postopératoire beaucoup plus complexe, proposée par MEIGS et BRUNSCHWICK, mais pratiquement les INDICATIONS THERAPEUTIQUES SE POSENT AVANT L'INTERVENTION. et les classifications cliniques, mêmes insuffisantes sont donc à maintenir. Les classifications post-opératoires basées sur

"les constatations anatomo-pathologiques, ne valent que pour l'étude
"détaillée des résultats. Cependant, de ce que nous avons dit plus
"haut de l'envahissement ganglionnaire, il faut retenir que la clas-
"sification clinique, dans les stades I et les stades II pèche par
"défaut. Elle pèche, en général, en sens inverse dans les stades III,
"où l'envahissement des paramètres doit adhérer au pelvis, l'adhérence
"peut être due à l'inflammation surajoutée. Il en est de même des
"cas stade IV, où le cancer est censé envahir le rectum, ou la vessie
"et où il peut s'agir de pseudo-envahissements par inflammation. L'on
"peut donc dire que dans les stades III et les stades IV la classifi-
"cation clinique pèche généralement par excès.
"Un des plus graves reproches que l'on puisse faire à cette classifi-
"cation est de ne pas tenir compte de l'état de l'uretère, tel
"que le décèle cliniquement l'urographie. La moindre modification
"de l'uretère et des voies excrétrices à l'urographie, devrait
"faire passer le cas envisagé au stade III ou au stade IV".

Le Docteur DOMTE pense surtout, comme nous le dirons plus
loin, que la classification par stades avant l'intervention n'a
qu'une valeur de commodité et d'orientation et que les véritables in-
dications ne peuvent même pas se poser à ventre ouvert, mais, la
plupart du temps au cours de l'intervention et souvent même lorsque
l'intervention projetée est déjà proche de sa fin.

Il est cependant nécessaire, ne fût-ce que du point de vue
bibliographique, d'étudier les accidents urinaires par stades. Nous
aurons en vue surtout les accidents urinaires après les adénocolpo-
hystérectomies pour les stades II et III, quelles que soient les
réserves que l'on puisse faire pour la signification de ces stades
et les subdivisions qu'il faut y introduire (LANGDON PARSONS). Nous
serons donc amenés, ne fût-ce que pour le contraste, à donner un
aperçu de ce que doivent être les complications urinaires dans
les stades I, quand on leur oppose les opérations adéquates.

Rappel des classifications citées

I - CLASSIFICATION INTERNATIONALE

C'est la classification clinique qui a été établie en 1950 et qui est reconnue universellement :

- Stade 0 : le cancer "in situ"
- Stade I : le cancer est strictement limité au col utérin
- Stade II : le cancer envahit les paramètres et la partie avoisinante du col utérin, sans toutefois arriver à la paroi pelvienne. Le cancer touche le vagin, sauf le tiers inférieur.
- Stade III : tout le petit bassin est envahi jusqu'à la paroi pelvienne. le vagin est complètement envahi
- Stade IV : le cancer envahit les organes du voisinage, la vessie le rectum ou les deux.

Cette classification est basée sur l'examen clinique et surtout sur le toucher vaginal, le toucher rectal ou le toucher combiné. Cet examen au doigt ne peut donner une estimation exacte de l'extension de la tumeur.

Cette classification clinique est absolument insuffisante pour permettre au chirurgien de poser ses indications opératoires précises. Elle ne précise pas le degré d'envahissement et ne tient pas compte des métastases ganglionnaires et de l'envahissement des uretères, ni des lésions inflammatoires surajoutées simulant des envahissements cancéreux.

En réalité, le chirurgien fait le bilan lésionnel à ventre ouvert et choisit le type d'intervention indiquée.

L'envahissement cancéreux est un processus de continuité mais les stades sont différenciés par des critères fixes. Il existe obligatoirement des stades intermédiaires indéfinis. C'est pourquoi on est souvent obligé de parler de stades intermédiaires et d'employer les termes stades I, II, III, III-IV, pour indiquer le stade I, II, ou III avancé.

C'est surtout le stade II qui donne le maximum de confusion. Ainsi LANGDON PARSONS, CESARE et FRIEDEL ont subdivisé le

stade II en stades IIa et IIb.

- Stade IIa : Quand le cancer arrive au dôme vaginal ou quand il commence juste à s'étendre aux paramètres.
- Stade IIb : Quand le cancer arrive à l'une ou l'autre paroi du petit bassin sans être fixé. Ce stade correspond au stade II avancé ou stade II-III d'autres auteurs.

- 2 - CLASSIFICATION CHIRURGICALE ET PATHOLOGIQUE DES CANCERS DU COL UTERIN

C'est la classification des auteurs américains qui est basée sur les données historiques:

- Classe O : cancer "in situ"
- Classe A : le cancer est limité au col
- Classe A° : la biopsie est positive mais la pièce opératoire ne contient pas de cancer(invasive biopsy).
- Classe B : le cancer envahit le col utérin ou les 2/3 supérieurs du vagin. Cet envahissement peut être direct ou métastatique.
- Classe C : Le cancer a envahi les paramètres et ses ganglions et le 1/3 inférieur du vagin.
- Classe D : Envahissement des ganglions , du petit bassin autres que ceux des paramètres. métastases au niveau de l'ovaire.
- Classe E : Envahissement de la vessie, du rectum, ou du colon.
- Classe F : Envahissement de la paroi pelvienne ou métastases à distance,

Nous avons au début de ce chapitre, défini grossièrement les cas avancés que l'on peut soumettre à l'adénocolpo-hystérectomie comme étant les S II, S III et certains faux S IV, cela par opposition aux stades non avancés qui seraient les S.I.

Les faux stades IV sont ceux où l'adhérence clinique aux organes est plus inflammatoire que cancéreuse et, n'imposant pas absolument une pelvectomie, peut permettre une adéno-colpo-hystérectomie.

Ce point de vue est commode pour la comparaison des statistiques, mais peu précis et relativement inexact.

En réalité nous proposons d'appeler :

1° - Cas non avancés : en radio-chirurgie, les S I et S II parfaitement contrôlés par les radiations et, en chirurgie primitive, les S I et les S IIa de PARSONS (L).

2° - Cas avancés : en radio-chirurgie, les S II non contrôlés par les radiations ou récidivés, les S III et les faux S IV, et, en chirurgie primitive, les S II b de PARSONS (L) les S III et les faux S IV.

Les dangers urinaires de l'adéno-colpo-hystérectomie ont donné lieu en France à de très nombreux et excellents travaux (CIBERT, DARGENT, COUVELAIRE, MAGENDIE et BELLANGER, VERLIAC, TAILHEFER), auxquels on ne peut trop conseiller de se rapporter. Nous ferons donc surtout, dans ce court chapitre, place à l'expérience du Docteur COMTE et aux résultats des statistiques étrangères toutes récentes sur l'adéno-colpo-hystérectomie dans les cas avancés.

Les dangers urinaires de l'adénocolpo-hystérectomie dans les cas avancés doivent être étudiés en partant de deux des opérations pratiquées pour les stades I, qui varient suivant l'étendue de celles-ci.

Cette question de l'étendue des différents types de l'adéno-colpo-hystérectomie est maintenant bien connue et a été parfaitement exposée dans la communication de BRENIER de Grenoble à l'Académie de Chirurgie (8 Mai 1957). Il est maintenant admis en général que l'on doit opposer aux stades I, les opérations d'étendue limitée et que les adénocolpo-hystérectomies avec cellulectomie très large (Brenier 1ère manière, Popovici, etc.....), qui avaient été utilisées autrefois pour ces stades, doivent être réservées aux stades avancés.

DANGERS URINAIRES DANS LES ADENOCOLPO-HYSTERECTOMIES
POUR LES CAS NON AVANCES

-:-:-:-:-

La clé du problème des complications urinaires dans les adéno-colpo-hystérectomies aux stades non avancés peut être trouvée en étudiant les deux grandes statistiques mondiales, l'adéno-colpo-hystérectomie au stade I de MEIGS en Amérique et TAILHEFER en FRANCE, et en comparant ces statistiques à celles de DARGENT, dont la pratique assez différente est cependant analogue.

Sans entrer dans les détails, rappelons que MEIGS et TAILHEFER font tous les deux une lympho-adénectomie très complète et avant et latéralement, mais limitée en arrière où ils n'enlèvent pas systématiquement les ganglions postérieurs du promontoire, manoeuvre, qui même avec la technique modifiée apportée par BRENIER est dangereuse pour l'uretère. Ils font tous les deux une résection des paramètres, mais celle ci est plus poussée dans la technique de MEIGS que dans celle de TAILHEFER. Ce sont là des opérations dont la mortalité doit être nulle ou minime et la morbidité urinaire très réduite, si elles veulent garder leur valeur par rapport au traitement par radiation, soit comme thérapeutique complémentaire (TAILHEFER) soit comme thérapeutique substitutive (MEIGS). Ce type d'opération a été excellemment qualifié de "raisonnable" par FUNCK BRENTANO dans son rapport au Congrès Français de Chirurgie en 1955; BRENIER les appelle "lympho-adénocolpo-hystérectomies partielles".

Notre Maître, le Docteur COMTE, s'est rallié dès le début à ce type d'intervention pour les stades I après irradiations et les a appelés "adéno-colpo-hystérectomies complémentaires de principe". Il les a opposées aux adénocolpo-hystérectomies larges de nécessité pratiquées pour les stades II et III et surtout pour des cas non contrôlés par les radiations. Dans ces cas, le danger urinaire est beaucoup plus grand.

Les complications urinaires sont à étudier dans chacune de ces grandes statistiques.

Malgré la perfection de sa technique, MEIGS a eu à déplorer, sur 473 opérations, 45 fistules, dont 37 urétérales, donc plus de 9% de fistules urinaires. 39 ont pu être récupérées par diverses opérations, mais 6 sont mortes de leurs complications (1,6% au total), soit du fait de réinterventions, soit du fait d'urémie progressive, les complications d'atonie vésicale beaucoup moins graves et généralement assez rapidement régressives, ont été bien étudiées par MEIGS. Il y a lieu de noter que la presque totalité des opérations a été faite sans radiothérapie préalable.

Dans la statistique de TAILHEFER, sur 280 cas opérés au cours du traitement initial dont 227 au stade I et 52 au stade II avec 39 opérations sans curiethérapie et 241 avec curiethérapie préalable, il y a seulement deux fistules urétéro-vaginales secondaires, deux cystalgies, un cas de syndrome de coliques néphrétiques avec poussées d'azotémie à la troisième année après l'opération. La plupart des urographies post-opératoires faites à titre de contrôle ne montraient pas d'images très anormales. Un seul cas montrait, une dilatation des cavités rénales droites sans signe clinique. TAILHEFER opposait ces cas aux adénocolpohystérectomies élargies pour échec et récidives post-radiothérapiques dont les résultats généraux et urinaires sont mauvais.

Ces résultats de TAILHEFER sont excellents et sont ceux que

l'on doit obtenir ou tendre à obtenir dans la radio-chirurgie au stade I et dans celles des stades II bien contrôlés par les radiations. Ils plaident, d'autre part, pour la thérapeutique radio-chirurgicale en montrant par comparaison avec ceux de MEIGS que, dans les stades I, II il n'y a pas plus de complications urinaires dans le traitement chirurgical après curiethérapie seule que dans le traitement opératoire d'emblée que pratique MEIGS. Les modifications de sclérose pelvienne attribuées à la curiethérapie n'entrent donc pas en ligne de compte. Il faut cependant noter que les cas de TAILHEFER étaient traités par curiethérapie seule, mais il est bien connu que c'est surtout la radiothérapie pré-opératoire qui entraîne les scléroses pelviennes. Ceci s'explique bien du fait que l'action du radium maxima au niveau du col s'épuise vite au niveau du tissu cellulaire pelvien, tandis que celle de la radiothérapie y est maxima.

Si les résultats urinaires diffèrent, les résultats du point de vue des survies de cinq ans sont au contraire tout à fait semblables dans les deux statistiques.

Elles comprennent toutes deux une centaine de cas suivis plus de cinq ans; les guérisons en comprenant les cas avec et sans envahissement ganglionnaire, montent à 82% et, tenant compte des cas dans lesquels, il n'y a pas de ganglions envahis, montent à 90%. Il semble donc que les adénocolpo-hystérectomies sans curiethérapie préalable de MEIGS donnent les mêmes résultats que les adénocolpo-hystérectomies avec curiethérapie préalable de TAILHEFER.

Mais cela ne prouve pas que le traitement pré-opératoire par le radium soit inutile, car la statistique de MEIGS répond à des stades I sélectionnés pour l'intervention, soit de fait de l'état local, soit du fait de l'élimination des malades adipeuses, obèses, âgées ou tarées. Du reste, de l'ensemble des statistiques publiées,

il semble apparaitre que l'adénocolpo-hystérectomie sans curiethérapie préalable soit dans l'ensemble des cas, inférieure à l'adénocolpo hystérectomie complémentaire de ce traitement.

Cette question très débattue de l'utilité du traitement radium et radiothérapique préalable a non seulement une importance capitale du point de vue des résultats éloignés, mais aussi de par son incidence sur les complications vésicales et urétérales post opératoires.

On a étudié l'action du radium sur les petits vaisseaux du ligament large et sur les vaisseaux urétéraux et décrit les artériolites post-radiumthérapiques.

L'on sait bien, cliniquement aussi, qu'il existe des cellulites scléreuses, des bassins glacés et figés d'origine radium et radiothérapique. Les retentissements de ces traitements sur les uretères et les reins ont été bien étudiés récemment. Nous aurons l'occasion d'en parler plus longuement en étudiant les dangers urinaires dans les cas avancés. Disons seulement que ces lésions et ces troubles sont généralement plus le fait de lésions infectieuses cellulitiques surajoutées que des rayons eux mêmes. Dans les cas peu avancés avec une cellulectomie modérée, ces lésions interviennent peu, étant rares et généralement peu accentuées. Ce qui compte, dans ces cas c'est l'étendue et la perfection de l'adénectomie et celle-là peut être d'autant plus étendue sans danger urinaire que l'on fait confiance au radium et que, comme DARGENT, on ne touche pas au ligament large et à l'uretère inférieur en finissant l'adénectomie par une simple hystérectomie de drainage. Ce n'est pas l'extension en arrière de l'adénectomie qui est dangereuse pour l'uretère mais sa coexistence avec la dissection urétérale basse. Le grand avantage du radium est de pouvoir supprimer ou limiter cette dernière.

Les résultats de DARGENT dans les stades I montrent bien l'utilité de la curiethérapie préalable et le peu de danger de l'adénectomie, même étendue, pour l'uretère. DARGENT, sur 103 cas

suivis plus de 5 ans, a obtenu 75 % de guérisons(Académie de Chirurgie, décembre 1958) : ce chiffre est un peu inférieur à ceux de HEIGS et TAILHEFER, mais les résultats sont très bons du point de vue des complications urinaires majeures.

Par contre, ils sont moins bons pour ce qui est des complications urinaires mineures. Ceci s'explique bien par l'étendue des dissections en arrière et par la conséquence de celles ci sur les nerfs.

Les descriptions qu'en donne DARGENT dans le "Lyon Chirurgical" (novembre-décembre 1958) doit être citée :

"Quant au temps ganglionnaire, il a toujours été le même : évidemment mené de haut en bas, du flanc de la veine cave à la hauteur de la cinquième lombaire (à droite) et du flanc de l'artère iliaque primitive à la même hauteur (à gauche) jusqu'à l'arcade crurale, le long de la bifurcation iliaque et des vaisseaux iliaques externes, puis section de la lame nerveuse présacrée en avant de la veine iliaque primitive gauche et ouverture de l'espace situé en avant du sacrum et des échancrures sciatiques, afin d'extirper les ganglions des groupes postérieurs. La vaste lame nerveuse est suivie et extirpée jusqu'à la corne postérieure du plexus nerveux hypogastrique, incluse en même temps que les ganglions; enfin l'intervention est terminée par la dissection soigneuse de la face pelvienne du trou obturateur, le long du nerf, jusqu'au contact du releveur de l'anus";

Cette opération comporte donc une mutilation de la lame nerveuse présacrée et de la corne postérieure du plexus hypogastrique. Ceci pose la question de l'importance des dégâts nerveux opératoires sur la trophicité et le fonctionnement urétéral et vésical. Ces dégâts sont beaucoup moins importants que les dégâts vasculaires. FABRE a tenté de les étudier dans son rapport.

C'est là une question difficile et encore inconnue dans ses détails mais l'importance des lésions de ces nerfs et spécialement de ceux qui sont contenus dans les lames sacro recto-génitales entre en ligne de compte surtout dans les opérations étendues vers le bas, comme nous le verrons plus loin.

L'adéno-colpo-hystérectomie, dans les cas peu avancés est donc avant tout une opération de dissection des ganglions pelviens. Elle a pour but de rattraper les échecs du traitement par la radiothérapie. Ceux ci s'étaient avérés, d'après l'ensemble des statistiques mondiales des centres anti-cancéreux publiés par le Radium Hemmet de Stockholm, être pour les stades I, au moins 30% des cas traités, la proportion des guérisons n'étant que de 70% . Ces 30% d'échecs peuvent être schématiquement attribués dans 16 à 20 % des cas à des adénopathies cancéreuses pelviennes et dans le reste des cas à la non stérilisation du col et du vagin soit par faute de technique, soit du fait du volume de la lésion, soit du fait d'une malignité spéciale entraînant une radio-résistance.

Il est bien évident que la colpo-hystérectomie élimine les récidives au niveau du col et de la collerette vaginale; par contre l'efficacité de l'adénectomie était plus discutée et devait être démontrée.

La réponse à cette question est maintenant bien connue, depuis la publication déjà ancienne de MEIGS (1954), sur ces cent premiers cas d'adéno-colpo-hystérectomies datant de plus de 5 ans et depuis la communication toute récente de TAILHEFER à l'Académie de Chirurgie, MEIGS avait trouvé que dans les stades I traités par adénocolpo-hystérectomie avec envahissement des ganglions, 33% avaient survécu plus de cinq ans. Dans l'importante statistique de TAILHEFER, les adénocolpo-hystérectomies avec envahissement ganglionnaire important donnent 25% de guérisons et celles avec envahissement peu important 67% de guérison.

L'ensemble donne un chiffre analogue à celui de MEIGS, en somme 1/3 des malades à ganglions envahis est donc guéri.

D'autres statistiques plus récentes apportent des documents sur le problème des guérisons après opération seule et opération complémentaire et sur celui du pronostic dans les cas où il existe un envahissement ganglionnaire;

La plus intéressante et la mieux étudiée est celle de LANGDON PARSONS. Cet auteur de 1947 à 1956, a pratiqué des Adéno colpo-hystérectomies et des exentérations pelviennes, dans 104 cas sans traitement préalable et dans 147 après traitement par irradiations. La comparaison des résultats est dans l'ensemble, en faveur des opérations après traitement par irradiations car les cas traités par radiations et opération étaient plus graves et correspondaient en général à des échecs des radiations. Pour ce qui est des possibilités de guérison dans les cas avec présence d'envahissement ganglionnaire, les résultats du traitement par la chirurgie seule sont intéressants, la moitié des malades à ganglions positifs du stade I sont vivantes après 5 ans.

Le traitement du cancer du col au stade I par adénocolpo-hystérectomie complémentaire est donc justifié du fait de ces résultats éloignés et de la possibilité de la pratique, avec peu ou pas d'accidents urinaires.

En France dans les stades I, la position généralement adoptée est l'adénocolpo-hystérectomie complémentaire après radico-thérapie. Ce traitement est souvent complété par un traitement radiothérapique ou par la bombe à cobalt en cas d'envahissement ganglionnaire positif. C'est la position de REDON, de TAILHEFER, de MOULONGUET, d'AMELINE, de BRENIER.

C'est aussi celle de notre Maître le Docteur COMTE, mais malheureusement, plus de la moitié des malades marocaines, refusent après curiéthérapie, de se soumettre à ce traitement complémentaire de principe et d'autres qui promettent de revenir se faire opérer

ne reviennent pas. D'autre part, les stades de début sont beaucoup plus rares au Maroc, qu'en Europe et il est intéressant de noter que sur 1043 cancers du col, traités en Centre anti-cancéreux de 1951 à 1957, les stades se répartissaient de façon suivante :

- Chez les Européennes :

36 au stade I; 94 au stade II; 32 au stade III; 23 au stade IV.

- Chez les Musulmanes Marocaines :

53 au stade I; 138 au stade II; 187 au stade III, 330 au stade IV.

- Chez les Israélites Marocaines :

10 au stade I; 24 au stade II; 13 au stade III; 22 au stade IV.

Dans ces conditions, l'expérience du Docteur COMTE est plus grande pour les pelvectomies et pour les adénocolpo-hystérectomies aux stades II et III que pour celles du stade I. De plus, l'étude des résultats éloignés est pratiquement impossible, plus de la moitié des malades ne pouvant être retrouvées. Le Docteur COMTE ne peut donner que des résultats immédiats et ses complications urinaires. En juin 1959, sur 89 cas non avancés (stades I et stades II, contrôlés par radium) il n'y avait aucune mortalité et une seule complication urétérale grave dans un stade I avancé; depuis, il y a eu une fistule vésico-vaginale dans un cas opéré par un assistant ce qui monte à 2% le chiffre des complications urinaires. Nous verrons tout à l'heure, qu'il en est tout autrement dans les cas avancés.

Malgré tout ce que nous avons dit plus haut, les bons résultats statistiques du traitement chirurgical pur et du traitement radio-chirurgical dans les stades I, il n'est pas certain que le traitement radio-chirurgical combiné reste encore longtemps le meilleur dans les stades I avec les progrès actuels et futurs du traitement par les radiations.

La nouvelle statistique du Radium Hemett publiée par

KOTMEIER donne, pour le traitement par les rayons seuls :

- stade I	89%	de guérisons
- stade II A	64%	" "
- stade II B	45%	" "
- stade III	35%	" "
- stade IV	7%	" "

Il est donc permis de penser qu'un jour le traitement chirurgical complémentaire, même s'il ne comporte aucune mortalité, puisse être abandonné et cela d'autant plus que sa morbidité urinaire est plus importante que celle du traitement par les radiations seules. Comme on le voit, la question de l'adénocolpo-hystérectomie est dominée par ses dangers urinaires, même dans les stades I. Toute fistule ou toute sténose urétérale secondaire même rattrapable par l'opération de BOARI ou par un greffon iléale charge lourdement la cause de l'adénocolpo-hystérectomie primitive ou secondaire par rapport au traitement actinique isolé, L'apparition d'une fistule vésicale est encore plus grave, car celles ci ne sont en général pas rattrapables.

Nous pensons donc que, si l'association radium et chirurgie dans les stades I est encore malgré les quelques rares complications urinaires qui peuvent survenir, même entre les mains expérimentées, le meilleur traitement du cancer du col, il se peut cependant qu'un jour, les perfectionnements des techniques radiologiques le fassent disparaître. Par contre, les stades II et III nous semblent devoir être plus longtemps soumis à la servitude de l'association radio-chirurgicale à cause de la plus grande étendue et de la plus grande gravité des lésions. l'opération devient plus complexe et plus dangereuse pour l'uretère et la vessie, mais la gravité plus grande de ces cas justifie ces inconvénients TAILHEFFER qui préconise l'opération dans les stades I, la condamne dans les cas avancés. Le Docteur COMTE pense que c'est dans ces cas au contraire qu'elle restera le plus longtemps nécessaire.

C'est aussi l'opinion de DARGENT qui dit : "TAILHEFER pratique la lymphadénectomie surtout dans les formes du stade I; ce sont à son avis celles pour lesquelles on a le droit d'espérer les meilleurs résultats par les moyens physiques seuls et je suis de plus en plus sévère dans le choix des lymphadénectomies complémentaires en pareils cas. Par contre, le lot des formes de stades II dont je dispose actuellement me permet de justifier de plus en plus pour elles le complément chirurgical. Les 272 cas d'ensemble auxquels j'avais fait allusion en 1957 à propos des résultats de 3 ans ont maintenant 5 ans de recul. Le chiffre de 24 % de guérisons à 5 ans que m'avait apporté l'étude de 25 cas à ganglions positifs parmi les 139 de la première série a, dans cette nouvelle série passé à plus de 30% pour les 60 cas où les ganglions sont envahis". Ces chiffres justifient l'adénocolpo-hystérectomie dans les cas avancés et se sont souvent retrouvés dans d'autres statistiques.

-:-:-

II - DANGERS URINAIRES DANS LES ADENOCOLPO-HYSTERECTOMIES POUR CAS AVANCES

-:-:-:-

L'Adénocolpo-hystérectomie est donc justifiée dans les cas avancés par ces résultats éloignés mais ces dangers urinaires deviennent redoutables. Ils sont d'autant plus redoutables qu'il n'y a peu ou pas de moyens de les éviter et que la cure des fistules urétérales est toujours difficile et celle des fistules vésicales souvent impossible.

La difficulté d'éviter ces complications urinaires vient de ce que là l'opération n'est plus une intervention d'ablation ganglionnaire, il ne s'agit plus d'un rattrapage ganglionnaire mais d'une excision basse paramétricale et paravaginale et souvent du rattrapage de lésions locales non contrôlées par le radium.

L'étude du mécanisme de ces accidents explique bien leur fréquence et les difficultés de leur thérapeutique.

Ce mécanisme est, avant tout, ischémique quels que soient les facteurs infectieux qui s'y surajoutent.

Nous éliminerons volontairement de cette étude les sections accidentelles de l'uretère complètes ou incomplètes et ses ligatures complètes ou incomplètes. Ces lésions sont très rares

entre des mains expérimentées et d'autant plus rares qu'il s'agit d'une opération sous-péritonéale dont un des buts est la dissection soignée de l'uretère. Elles se voient plus souvent dans la chirurgie des lésions inflammatoires que dans la chirurgie du cancer pelvien. Elles peuvent être découvertes et traitées au cours de l'opération. Elles peuvent, aussi, se présenter comme une révélation post-opératoire précoce d'un traumatisme urétéral méconnu. Ces différentes éventualités ont été étudiées dans le rapport de COUVELAIRE au Congrès Français de Chirurgie Française de 1960. Les lésions urétérales se traitent dans le per-opératoire, soit par suture soit par réimplantation, soit par opération de BOARI. Dans le post-opératoire précoce le traitement devient beaucoup plus difficile et demande souvent l'aide d'un greffon iléal.

Seuls ici les rétrécissements et les fistules nécrotiques secondaires ou tardives nous intéressent, elles sont avant tout des lésions ischémiques. Cette ischémie plus ou moins étendue de la paroi urétérale est difficilement évitable dans les formes avancées qui demande une cellulectomie large. L'infection pariétale, la cellulite pelvienne, les hématomes ne sont que les facteurs favorisants ou surajoutés.

La physiologie de la circulation urétérale rend bien compte de ce fait. Elle est très bien exposés dans le livre de GIBERT et dans le rapport de FABRE au Congrès Français de Chirurgie de 1960.

L'uretère possède une circulation segmentaire. Les artères de l'uretère supérieur naissent des artères rénales génitales et même lombaires. Les artères de l'uretère inférieur viennent du tronc de l'hypogestrique puis, plus bas, des artères utérines et génito-vésicales. La division en T de ces différentes artères au niveau de l'uretère constitue un riche plexus anastomotique dans l'adventice urétérale, GIBERT a insisté sur le fait que l'uretère pourrait être dénudé sur une très grande longueur et ne garder que ses artères supérieures à condition que l'on ne traumatise pas l'adventice et ses plexus.

Pour cela l'uretère ne doit pas être pincé et doit rester entouré de son adventice et même, si possible, de son péritoine. Ce fait a été confirmé par SAMPSON POPOVICI et FABRE.

Cependant, certains groupes artériels ont une importance particulière. Ce ne sont pas des artères du groupe supérieur considérées par tous comme suffisantes à l'irrigation de l'uretère car elles ne sont pas en danger dans l'adénocolpo-hystérectomie. La suppression de l'artère urétérale moyenne de MEIGS venant du tronc de l'hypogastrique n'a certainement pas l'importance qu'on lui a attachée. Sa découverte et sa conservation est certainement souhaitable mais c'est surtout un bon exercice de minutie opératoire dans les adénocolpohystérectomies faciles. Par contre, la conservation des artères basses est capitale. La conservation des artères urétérales venant de l'artère utérine est impossible au cours du décroisement de cette artère et de l'uretère; ce sont les vaisseaux de la lame sus-urétérale. Mais il faut, au contraire ménager au maximum les branches vésicales inférieures qui viennent de l'artère ombilicale et aussi toutes les branches à destinée vésico-urétérale qui se trouvent dans la lame sous-urétérale. En effet, à partir de ce moment, la vitalité de l'uretère devient très menacée surtout si l'on a été obligé de disséquer de près son adventice et à fortiori de le reséquer.

C'est cette région des lames sous-urétérales et sous vésicales dont la dissection est dangereuse pour la vitalité de la jonction urétéro-vésicale de l'uretère et de la vessie.

Nous avons déjà vu que, c'est ce danger qui a inspiré à DARGENT sa technique de larges adénectomies en laissant en place le paramètre et le para-vagin quand l'application de radium a été complète et correcte et, quand cette région semble saine du point de vue clinique. Cette technique lui a donné d'excellents résultats et une morbidité urinaire minime. Ce n'est pas l'étendue de l'adénectomie mais bien l'étendue de la dissection du paramètre qui entraîne des lé-

sions urétérales secondaires. Les résultats de DARGENT le prouvent. Sur 400 lymphadénectomies, il y en avait 196 accompagnées d'une simple colpo-hystérectomie de drainage et 140 accompagnées d'une dissection du paramètre avec décroisement urétéral qu'il appelle opération de WERTHEIM. Il y a eu 10 fistules urétérales qui toutes sont apparues après WERTHEIM et ont été graves. DARGENT conclut de cela que l'ischémie génératrice de fistules est surtout consécutive à l'élargissement de la cellulectomie vers le bas et au traumatisme de l'adventice urétérale.

Malheureusement, dans les cas avancés, la conduite de DARGENT devient illogique et l'ablation de la lésion locale basse s'impose. Il dit lui même du reste;

"Dans l'ensemble nous avons tendance à pratiquer un peu plus souvent maintenant la colpo-hystérectomie à la Wertheim, bien que nous persistions à ne pas la juger toujours indispensable.

De 1946 à 1953, sur 240 cas opérables (10 ayant été éliminés sur les 250 parce que l'on avait battu en retraite), on avait pratiqué 56 fois une colpo-hystérectomie élargie (35%) et 154 fois une colpo-hystérectomie simple (69%).

Dans les 103 cas plus récents soumis à des contrôles urographiques, on avait pratiqué 50 fois une colpo-hystérectomie élargie (48%), et 43 fois une colpo-hystérectomie simple (52%) "

Dans les cas avancés, le danger ischémique est donc toujours prédominant et rien ne peut l'éviter. Par contre, une manoeuvre souvent tentante l'aggrave sans aucun doute, c'est la ligature d'une ou des artères hypogastriques. Cette manoeuvre a cependant été et est encore préconisée par BRUNCHWIG qui dans toutes les adénocolpo-hystérectomies l'utilise pour permettre une dissection plus poussée des lames celluluses sous-urétérales et sous vésicales.

Cette manoeuvre est très dangereuse du point de vue urinaire, et, de plus, elle ne facilite pas vraiment la dissection car les difficultés d'hémostases sont plus veineuses qu'artérielles.

BRUNCHWIG est du reste amené à enlever de plus le plan veineux. Cette manoeuvre est sans doute responsable du nombre de complications urinaires majeures que rapporte BRUNCHWIG et qui seraient encore plus grand entre les mains d'opérateurs moins expérimentés. Dans une série de 212 cas, il a eu à déplorer 23,5% de fistules urinaires dont il ne donne pas les conséquences détaillées mais, qui d'après ce que nous savons de l'avenir de ces cas, et des difficultés, de leur thérapeutique, grèvent lourdement sa statistique. Toutes les statistiques d'adénocolpohystérectomies avec ces cellulectomies étendues basses, concordent pour rapporter un nombre presque rédhibitoire de complication urinaires majeures. Nous ne citerons que quelques exemples et quelques travaux faciles à interpréter.

Parmi les travaux les plus intéressants et les mieux exposés ceux de MAJENDIE ET BALLANGER sont très instructifs.

Sur 40 interventions radio-chirurgicales, ils ont eu 13 complications urinaires, soit une proportion de 32,5% des cas en comprenant deux cas de section per-opératoire de l'uretère. En soustrayant ces deux cas qui n'entrent pas dans le cadre des complications secondaires ou tardives ischémiques, il reste quand même 21% de complications urinaires, secondaires et tardives.

MAGENDIE appelle très justement ces dernières les complications inévitables de l'adénocolpo-hystérectomie et nous sommes tout à fait d'accord avec lui à condition toutefois de spécifier que l'on fait surtout là allusion aux adénocolpo-hystérectomies complémentaires dans les cas avancés. Ceci se confirme du reste quand on lit ces observations de rétrécissements et de fistules qui viennent presque toutes de cas au stade II avancé.

Avant d'étudier ces sténoses et fistules, MAGENDIE classe parmi ces complications inévitables les complications transitoires qu'

il appelle hydro-néphroses fonctionnelles et sténoses urétérales mécaniques transitoires.

4 de ces complications bénignes sont des hydro-néphroses passagères. Elles correspondent aux cas analogues auxquels nous avons déjà fait allusion et qui ont été très bien étudiés dans l'article de DARGENT du Lyon Chirurgical (Nov. Déc. 1956) "Etude systématique de l'urographie pré et post-opératoire chez les malades traités par association radio-chirurgie pour cancer du col de l'utérus au stade de début". Ce sont des révélations urographiques et l'on ne saurait trop insister sur la nécessité des urographies répétées de contrôle après les adénocolpo-hystérectomies surtout dans les cas avancés. Ces hydro-néphroses post-opératoires, décélées dès la première urographie de contrôle au 8^e jour, disparaissent spontanément ou avec un traitement d'antibiotiques au bout de quelques semaines, mais l'on ne saurait prévoir leur bénignité et seule l'évolution en fait la preuve. MAGENDIE insiste, dans ces cas, sur le fait que ces malades pouvaient présenter les antécédents pyélonéphrétiques ou des anomalies de l'appareil excréteur à l'urographie pré-opératoire. Lésions que l'on peut supposer indépendantes du cancer si le paramètre était parfaitement libre mais qui, de toute façon, influent sur le pronostic. DARGENT, JOMAIN et d'autres ont déjà fait la même remarque.

MAGENDIE rapporte aussi un cas de sténose mécanique urétérale transitoire où il incrimine un hématome ou un mauvais drainage; il invoque aussi ces facteurs dans les cas de sténose progressive. Ceci est possible, mais ne représente pas la généralité des cas; nous croyons plutôt que ces cas correspondent à une altération pariétale ischémique réversible dans un cas, non réversible dans un autre.

Parmi les complications inévitables, MAGENDIE décrit ensuite la sténose urétérale progressive et définitive avec exclusion du rein. Il en rapporte un cas ayant fini par une néphrectomie tardive où il croit pouvoir incriminer le radium car la malade avait une

réaction semblant radiothérapique à l'intervention et avait eu, avant, une colpité radique.

Nous avons déjà dit, en parlant des réactions radiothérapiques dans les cas peu avancés, ce que nous pensions du problème de la réaction cellulitique radique. Tous les chirurgiens, et nous en avons fait souvent nous mêmes la remarque, ont observé de ces cellulites scléreuses chez des malades qui n'avaient pas subi de radiumthérapie et ont l'impression qu'elles ne sont pas beaucoup plus fréquentes après radiumthérapie que sans radiumthérapie. Elles sont surtout l'expression d'une réaction inflammatoire du tissu cellulaire qui peut survenir avec ou sans radium et qui est dû à une infection surajoutée. Quoi qu'il en soit, elles sont beaucoup plus fréquemment observées dans les cas avancés du fait que l'infection avec ou sans radium y est de beaucoup plus fréquente.

On oppose souvent à cette conception la statistique de CHRISTENSEN et LANGE, qui ont observé dans une série de 114 opérées, 5% de fistules dans les cas opérés sans radiumthérapie préalable et 12% dans ceux opérés avec radiumthérapie préalable. Mais cette statistique est difficile à interpréter car on ne sait pas à quel stade correspondait les deux catégories de malades et quelles étaient les doses de radiations appliquées.

MAGENDIE pense que dans les cas de sténoses urétérales progressives grâce au contrôle urographique, la complication pourrait être arrêtée par la mise au repos du rein par cathétérisme à demeure, associé au traitement par les antibiotiques. Nous avouons ne pas partager entièrement son opinion pour ce qui est de l'utilisation de la sonde à demeure et même d'une néphrostomie si, comme il arrive souvent, la sonde à demeure est impossible à placer. Ces procédés protègent le rein mais sont souvent inefficaces contre la sténose urétérale. MAGENDIE rapporte enfin deux cas de sténose fistule secondaire ayant guéri par un Boari. Il décrit ensuite 4 cas de fistules très tardives qui sont, d'après lui, dues à une "récidive locale en même temps qu'à une radionécrose". Il est certain

qu'il est souvent, dans ces cas très tardifs, difficile de faire la part entre la récurrence et une nécrose tardive où peut intervenir l'action du radium.

DARGENT a étudié de nombreux cas analogues et pense que, dans la majorité des cas, leur origine est une récurrence.

Cette interprétation des complications urinaires de la radio-chirurgie, selon MAGENDIE, fait plus de place au radium d'une part, aux hématomes et à l'infection du tissu cellulaire d'autre part, qu'à l'ischémie simple.

Mais nous ne sommes pas tout à fait de cet avis et croyons que ces lésions, même si elles prennent le masque de la cellulite pelvienne, sont le plus souvent dues à l'évolution d'une nécrose parcellaire et que le plastron cellulitique qui se développe n'est alors que la traduction du début de la nécrose et de la fistule urétérale. Différents arguments peuvent être évoqués. D'abord tous les opérateurs ont parfois découvert des uretères sains malgré des cellulites très accentuées. Un autre argument nous semble militer en faveur de cette thèse, c'est que les cellulites qui aboutissent à des fistules ne se développent généralement pas comme il serait naturel dans les suites opératoires immédiates. Nous avons souvent observé, chez des malades qui avaient eu des suites opératoires, excellentes, l'apparition de quelques troubles douloureux ou fébriles et d'un plastron cellulitique vers le 10 ou 15^e jour, alors que tout s'était très bien passé du côté des suites locales et générales. Ces plastrons sont uni ou bilatéraux et se présentent sous l'aspect d'un blindage plus ou moins symétrique du bassin et de la partie basse de l'abdomen. Ils aboutissent souvent à une fistule d'un côté à un rétrécissement de l'autre. Si les lésions étaient primitivement cellulitiques, elles apparaîtraient plus tôt. Il est très frappant de constater qu'elles apparaissent au moment précis où des troubles ischémiques de l'uretère doivent aboutir à une lésion pariétale perforante ou non.

De toute façon, les travaux de MAGENDIE posent beaucoup de problèmes et surtout aboutissent à cette constatation de la fréquence des complications urinaires graves dans les adénocolpo-hystérectomies pour cas avancés. Ils corroborent notre thèse que dans ces cas l'intervention ne doit pas tendre, comme le pense TAILHEFER, à la conservation à tout prix et doit arriver dans les mauvais cas à accepter la pelvectomie antérieure et surtout tendre à sélectionner les cas moins mauvais pour leur appliquer l'adénocolpo-hystérectomie avec cystectomie totale et vessie iléale.

Il nous semble, d'autre part, que MAGENDIE a été favorisé dans la thérapeutique de ses fistules. Le plus souvent l'opération de Boari, qui lui a donné de beaux succès, même dans une fistule bilatérale, est difficile ou impossible dans les fistules urétérales secondaires après adénocolpo-hystérectomie. L'état de l'uretère, du tissu sous péritonéal, de la vessie ne permet pas cette opération et l'on doit recourir à des iléoplasties uni ou bilatérales pour raccorder, les uretères à la vessie (Docteur COMTE, Académie de Chirurgie 1956; traitement des lésions urétérales bilatérales après adénocolpo-hystérectomies pour néoplasme avancée du col utérin).

La plupart des statistiques sur l'adénocolpo-hystérectomie dans les cas avancés apportent des résultats semblables à ceux de MAGENDIE et souvent beaucoup plus mauvais.

La statistique de BOPOVICI donne un son de cloche encore plus grave en donnant sur 31 opérations très élargies, suivant la technique de JONESCO, 29% de fistules urinaires.

DARGENT rapporte 39 complications urinaires sur 103 cas d'opérations élargies, alors que le WERTHEIN ne donnait autrefois que 8% de complications urologiques.

CERBONNET dans sa remarquable communication lors de la discussion du rapport de MM. FABRE et COUVELAIRE au Congrès de Chirur-

gie 1960, donne une statistique très intéressante. Nous citons son texte qu'il a bien voulu nous communiquer : "C'est parce qu'elles comportent une cellulectomie sous-urétérale plus étendue que dans la technique originale de WERTHEIM, que certaines techniques actuelles portent un risque urétéral accru. Risque encore plus grand si le paramètre dont on extrait l'uretère est remanié; l'infiltration néoplasique et peut être plus encore, l'inflammation ainsi que la réaction au radium exposent à une dissection difficile qui dévitalisera le conduit par atteinte de son adventice. C'est ainsi que mes 7 observations correspondent à une courte série de 35 lymphadéno-colpo-hystérectomies élargies précédées de radium, soit une lourde proportion de 20%, mais que pour les 20 cas du stade I il n'y a que 2 fistules soit 10%, et pour les 15 cas du stade II, 5 fistules soit plus de 30%. Six fois sur 7 la fistule était presque attendue à cause des difficultés rencontrées lors de la dissection: dans le groupe des stade I, 1 fois parce que la réaction radique était d'intensité inhabituelle: dans le groupe des stade II, 2 fois du fait d'une inflammation dense et 3 fois du fait de l'envahissement néoplasique".

Nous croyons que cette statistique correspond très exactement à la réalité pour les adénocolpo-hystérectomies élargies dans les cas avancés, et c'est pourquoi nous préconisons, dans beaucoup de ces cas, la cystectomie totale.

CERBONNET est de même, comme GIBERT, comme DARGENT, comme nous, très pessimiste sur la thérapeutique des fistules urétérales. L'on ne peut mieux faire que de citer intégralement son texte: " le diagnostic et le traitement des fistules urétérales après hystérectomie élargie souffrent de l'altération trophique de la vessie dont la vascularisation et l'innervation sont en grande partie détruites par une intervention vraiment large, indépendamment de toute irradiation associée.

La cystoscopie se heurte à l'oedème et à la desquamation de la muqueuse des premières semaines post-opératoires qui gênent aussi

bien la recherche d'une fistule vésicale, simulant la fistule, urétérale ou s'y associant, que le repérage des orifices urétéraux. Je n'ai pu obtenir l'U.P.R. bi-latérale, seule capable d'un bilan lésionnel complet que dans 1 cas sur 7, malgré la qualité de l'endoscopiste.

De bonnes urographiques m'ont permis dans 4 cas de voir les uretères pelviens et la fistule. Dans 2 cas j'ai dû me contenter du signe de présomption que constitue la distension pyélo-calicielle d'amont. Dans 1 de ces 2 cas l'injection colorée intra-urétérale peropératoire m'a montré que l'uretère n'était pas ou n'était plus fistuleux du côté distendu, alors qu'il l'était du côté normal à l'urographie.

Lors du traitement de la fistule, la vessie supporte mal la taille d'un lambeau tubulé et ne fournit pas un bon matériel de plastie. Sur 4 interventions de Boari unilatérales, je n'ai obtenu qu'un succès; les trois autres cas ont abouti à la sténose par sphacèle de l'extrémité du lambeau, taillé pourtant selon les règles; et pour l'un de ces cas, la plastie a provoqué en outre une sphacèle de tout le trigone, m'obligeant ensuite à une opération de COFFEY dont le bon résultat ne m'empêche pas de partager l'opinion défavorable de Mr. COUVELAIRE.

La vessie supporte mieux la taille d'une simple brèche pour urétéro-cysto-néostomie ou pour urétéro-iléoplastie. Sur 3 néostomies, dont 2 pour lésion bilatérale, l'opération a toutefois provoqué dans un cas une petite fistule trigonale curable. J'ai pratiqué 2 plasties iléales uniquement pour rattraper les échecs. Mais je pense que cette intervention devrait être indiquée d'emblée, de préférence à une intervention de Boari à long lambeau, lorsque la simple réimplantation est impossible. Or cette simple néostomie est très souvent praticable plutôt qu'un Boari à lambeau court, car la disparition du tube génital permet de donner à l'uretère un trajet pelvien direct et court. Si bien qu'entre la néostomie et la plastie

iléale, la place de l'opération de Boari me paraît très restreinte dans la cure de ces fistules urétérales après hystérectomie élargie. Sur quatre cas de lésion unilatérale, si j'excepte un cas à évolution néoplasique rapide, j'ai pu non seulement tarir la fistule, ce qui n'est rien, mais sauvegarder le rein à longue échéance 2 fois sur 3 (1 Boari, 1 plastie iléale après échec du Boari). Sur 4 cas de lésions bilatérales la guérison a été complète dans 2 cas (1 Coffey, 1 néostomie) et unilatérale dans 1 cas (néostomie).

Devant l'échec d'une réparation comme devant une fistule fraîche, il ne faut se résoudre à la néphrectomie que si la preuve est faite de la destruction du rein ou d'une récurrence néoplasique intraitable, même si la lésion est unilatérale. Car l'uretère apparemment sain montrera peut être ultérieurement la séquelle d'une petite nécrose sèche, et reste menacé d'étranglement par la fibrose pelvienne cicatricielle (comme dans une de mes malades guérie d'une fistule unilatérale depuis 2 ans) ou par une récurrence pelvienne parfois justiciable d'un traitement d'appel;

Nous partageons complètement les points de vue de CARBONNET pour ce qui concerne les fistules urétérales. Le tableau devient encore plus sombre si on envisage en même temps les fistules vésicales dont la cure, comme nous l'avons déjà dit, après CIBERT et après DARGENT, nous semble généralement impossible. Dans ces conditions, il est normal d'admettre que les tentatives d'adénocolpo-hystérectomies élargies doivent, au cours de l'intervention, tendre souvent à accepter la cystectomie totale avec vessie iléale comme nous l'avons préconisé dans les cas à pronostic éloigné favorable.

Pour en finir avec les adénocolpo-hystérectomies dans les cas avancés, l'on ne peut mieux faire que de citer aussi l'opinion de TAILHEFER; celui ci, après avoir exposé les très remarquables résultats de sa statistique de 340 adénocolpo-hystérectomies généralement en association avec la curiethérapie et

pratiquement centrés sur le stade I, envisage ces résultats dans les 60 cas d'adénocolpo-hystérectomie élargie pour échec et récurrence post-radiothérapique : "Nous avons pu faire 60 colpo-hystérectomies pour des cancers récidivés après traitements complets par les radiations. Vingt trois ont un recul de plus de cinq années; 5 sont vivantes sans récurrence apparente à la cinquième année; une sixième vivante, mais après une nouvelle récurrence apparemment stérilisée par radiothérapie. Les fortes doses de radiations reçues par cette malade ont provoqué une rectite hémorragique presque incoercible et qui menace gravement sa vie.

Il est impossible d'étudier statistiquement cette série de colpo-hystérectomies pour récurrence, les cas opérés sont trop dissimilaires. Tantôt, il s'agissait d'échecs immédiats, tantôt de récurrences tardives à la cinquième et même à la sixième année; tantôt la récurrence paraissait localisée, tantôt elle était déjà extensive.

Nous n'avons envisagé ici que les colpo-hystérectomies élargies avec curage ganglionnaire pelvien. Notre expérience plutôt fâcheuse des exentérations pelviennes après radiothérapie intensive, telle qu'elle est pratiquée à la Fondation Curie, nous a incité à pousser à l'extrême les indications de la colpo-hystérectomie élargie, surtout depuis un an ou deux ans.

Les résultats d'ensemble sont mauvais.

Il s'agit, à priori, de cancers particulièrement graves puisqu'ils n'ont pas été stérilisés par une radio-thérapie correcte ou puisqu'ils ont récidivé.

Les complications post-opératoires sont fréquentes et graves parce que les séquelles post-radiothérapiques sont importantes. L'état général est altéré, les séquelles de l'irradiation loco-régionale provoquent souvent des nécroses secondaires surtout urinaire(uretère, vessie) et parfois rectales.

En bref, les opérations pour récidives post-radiothérapiques sont toujours entreprises dans les conditions difficiles, surtout lorsque la radiothérapie a été importante. Elles ne se défendent que par la situation désespérée de la patiente et par l'espoir, tout de même possible, de quelques rares succès".

Nous souscrivons volontiers aux conclusions de TAILHEFER sur l'adénocolpo-hystérectomie dans les cas avancés, mais à condition d'y apporter deux correctifs.

Le premier est qu'il ne faut tenter l'adénocolpo-hystérectomie dans ces cas que si l'on a admis et fait admettre à la malade qu'au cours de l'opération une solution mutilante pour l'appareil urinaire peut s'imposer.

Le deuxième est que cette solution peut être autre que la décevante pelvectomie antérieure qui ne s'oppose qu'aux très mauvais cas et dont les résultats éloignés sont peu valables, mais qu'elle peut être de sélectionner les bons cas, si l'on peut se permettre cet adjectif, pour leur opposer l'adéno-colpo-hystérectomie, avec cystectomie totale et vessie iléale dont nous allons essayer de dégager les indications au chapitre suivant.

INDICATIONS ET TECHNIQUE DES ADENOCOLPO-

HYSTERECTOMIES AVEC CYSTECTOMIE TOTALE ET VESSIE ILEALE

-:-:-:-:-

Nous avons déjà donné dans notre introduction et dans le chapitre intitulé "Nouvelle orientation dans la thérapeutique des cancers avancés du col de l'utérus", les lignes générales de ces indications et essayé de justifier la différence, à première vue, assez ténue, que nous faisons entre la pelvectomie antérieure classique que nous finissons par une double urétéro-sigmoïdostomie et que l'adénocolpo-hystérectomie avec cystectomie totale et vessie iléale. Nous avons insisté sur le fait que nous réservions cette dernière opération aux cas à très bon pronostic éloigné à cause de la valeur incomparable de la vessie-iléale pour la protection rénale. Il nous reste à entrer dans le détail des indications à l'aide de nos observations et à dire quels sont les tests qui nous permettent un bon pronostic.

A/ IMPORTANCE DES ADENOPATHIES.-

=====

Disons de suite que le test principal est le caractère non lymphophile du cancer qui se traduit en gros par une dissociation entre l'étendue et l'ancienneté des lésions locales cervicales et

péri-cervicales d'une part, et la qualité et la quantité de l'envahissement lymphatique d'autre part.

Il est bien évident que pour accepter, au cours d'une intervention prévue comme devant être une adénocolpo-hystérectomie le sacrifice de la vessie, il faut que les lésions locales soient importantes, le sacrifice de la vessie doit être imposé soit du fait d'un envahissement direct dans les indications absolues, soit par crainte des complications urinaires ou des récidives rapides dans les indications relatives. Mais ceci étant admis c'est la qualité et la quantité de l'envahissement lymphatique qui décide du choix entre la pelvectomie antérieure avec urétérosigmoïdostomie et l'adénocolpo-hystérectomie avec cystectomie totale et vessie iléale.

Nous entendons par qualité de l'envahissement lymphatique le fait qu'il ne s'agisse pas de lymphangite cancéreuse et qu'il n'y ait pas d'envahissement en trainées, en lame, en blindage, mais qu'il s'agisse seulement d'envahissement ganglionnaire, qui qu'elle que soit leur taille, ne soient pas entourés de lymphangite cancéreuse. Dans ces cas, les ganglions semblent bien avoir joué leur rôle d'arrêt ou tout au moins être les témoins de l'étendue de l'envahissement. Notre Maître le Docteur COMTE admet que dans la majorité des cas, l'envahissement lymphatique obéit aux lois que pouvaient faire prévoir les beaux travaux anatomiques de LEVEUF ET GODARD. Ces travaux ont été confirmés ces trente dernières années par les études anatomo-cliniques. Il est à peine besoin de rappeler qu'ils ont décrit trois chaînes lymphatiques; une chaîne principale qui s'étend du col aux ganglions de la fossette obturatrice puis, croise les vaisseaux et se continue par les groupes ganglionnaires iliaque externe et iliaque primitif. Une première chaîne accessoire, plus bas située, dont les lymphatiques se rendent aux ganglions voisins des branches de l'artère et de la veine hypogastrique et qui rejoint ensuite la chaîne principale pour aller comme elle aux ganglions para-aortiques. Une deuxième chaîne accessoire qui suit la partie postérieure des lames sacro-recto-génitales et aboutit aux ganglions des trous sacrés ou promontoire.

Le docteur COMTE attache une grande importance à cette topographie ganglionnaire. Il écrivait déjà en 1956 dans une communication à l'Académie

de Chirurgie : "Notre technique de pelvectomie antérieure élargit cette opération en arrière. Elle résèque largement le péritoine du Douglas et du rectum, les lames sacro-recto-génitales, et les ganglions sacrés. L'opération commence en arrière par la section du plexus pré-sacré et la dissection de ses prolongement sur les lames latéro-rectales. Cela donne la clef de la dissection de la cavité sacrée et de l'exérèse des ganglions postérieurs. De plus, le rectum et le sigmoïde sont complètement libérés sur tout leur pourtour. Ils peuvent être plus facilement réclinés en arrière et de côté ce qui facilite la dissection des pédicules extra-pelviens au niveau du plexus sacré.

"Un fait moins connu, mais qui nous semble fréquent après l'étude des envahissements ganglionnaires dans nos 65 pelvectomies, est la prédominance des envahissements lymphatiques antérieurs. La voie principale est souvent longtemps unique des envahissements est certainement la voie antérieure, comme l'avaient si bien montré LÉVEUF et GODARD. Cette voie à comme premier relais les ganglions obturateurs dans la fossette obturatrice dont la veine iliaque externe forme le plafond. Cette prédominance justifie notre tendance à pratiquer de plus en plus souvent, non seulement des pelvectomies antérieures, mais aussi une autre opération que nous appelons adénocolpo-hystérectomie avec cystectomie totale. La pelvectomie enlève, avec la vessie, l'utérus et le vagin, le plan artériel, le plan veineux et tout le tissu cellulaire du petit bassin porteur d'éléments cancéreux. L'adénocolpo-hystérectomie avec cystectomie totale diffère essentiellement de la pelvectomie antérieure en ce qu'elle ne résèque pas le plan artériel et surtout les plans veineux et cellulo-lymphatique du petit bassin. Nous la pratiquons chaque fois que l'examen extemporané des ganglions hypogastriques, et spécialement du ganglion de Cunéo et Marcille, ne montre pas d'envahissement cancéreux et que l'état de la vessie et des uretères ne permet pas une simple adénocolpo-hystérectomie".

La suite de l'expérience du Dr. COMTE n'a fait que confirmer cette idée, la lecture de nombreux travaux étrangers consacrés, à l'envahissement lymphatique des petits bassins confirme encore (LANGDON PARSONS de Boston, WELCH, PRATT et CANTRELL de la Mayo-Clinic, ZACUTTI de Pise, etc..)

Ces constatations personnelles et ces confirmations statistiques lui permettaient d'écrire l'année dernière dans le "Maroc Médical" : "Le départage entre les cas où l'on doit faire une vraie pelvectomie antérieure et ceux où, l'on peut faire une simple adénocolpo-hystérectomie avec cystectomie est pour nous, dominé surtout par le fait qu'a montré LEVEUF que l'envahissement lymphatique du cancer du col tout au moins dans les cas peu lymphophiles, débute presque toujours par la voie lymphatique principale qui est la voie obturatrice continuée par la voie iliaque externe. Cette idée nous semble généralement justifiée par l'ensemble de ce que nous avons observé dans le cancer du col. Cette conception de l'envahissement lymphatique du cancer du col est admise par TAILHEFER qui considère qu'elle justifie les adénocolpo-hystérectomies dite "raisonnables" (FUNCK-BRENTANO, Congrès Français de Chirurgie de 1955) qui enlèvent surtout les ganglions de la voie principale. MOULONGUET lui a opposé que la systématisation de l'envahissement ganglionnaire était moins nette au niveau du col utérin qu'au niveau du sein. Cette systématisation est cependant suffisamment fréquente pour justifier ces techniques opératoires".

Depuis l'époque où le Docteur COMTE avait préconisé l'examen extemporané per-opératoire pour poser les indications au cours de l'opération, un fait nouveau est intervenu. De par la nouvelle organisation des hôpitaux de Casablanca, ces examens extemporanés ne sont plus possibles, il est cependant persuadé que le simple examen clinique est, dans la grande majorité des cas suffisant pour prendre une décision. La preuve en est que dans nos 11 observations où les ganglions étaient supposés être non envahis, tout au moins pour ce qui concerne les ganglions hypogastriques, les examens extemporanés n'avaient pu être faits et qu'il n'y a qu'une seule erreur. Il est cependant, évidemment bien préférable d'être guidé par un examen extemporané pour éviter des erreurs en trop qui correspondent aux gros ganglions inflammatoires.

La règle que préconise en général le Docteur COMTE est celle de n'appliquer l'adénocolpo-hystérectomie avec vessie iléale qu'aux cas où les ganglions ne sont pas du tout envahis ou à ceux où il n'y a envahissement que des ganglions obturateurs et iliaques externes et où cet envahissement est unilatéral.

Le Docteur COMTE attache la plus grande importance à ce que la voie accessoire basse dont le premier relais est le ganglion de la bifurcation iliaque, dit ganglion de CUNEO et MARCILLE, ne soit pas envahi, car il est en général le témoin de l'envahissement de la partie basse du ligament large et des lames celluluses sous jacentes. En réalité, le vrai ganglion principal de cette chaîne accessoire ou tout au moins celui auquel il faut attacher le plus d'importance est le ganglion ou les ganglions qui s'engagent au niveau de la bifurcation de la veine iliaque primitive, sous le ou les veines hypogastriques. Cette infiltration commande absolument de faire une pelvectomie antérieure car il est très dangereux pour l'uretère et la vessie de faire une opération s'étendant à ce niveau jusqu'au plexus sacré et aux racines extra-pelviennes de la veine hypogastrique. Une infiltration en nappe à ce niveau est du plus mauvais pronostic. DARGENT a fait les mêmes constatations.

Le Docteur COMTE attache moins d'importance à la présence des ganglions du promontoire. Elle est plus rare et ne contre-indique pas, quand les lésions locales obligent à sacrifier la vessie, de faire une simple adénocolpo-hystérectomie avec cystectomie totale et vessie iléale. Il n'y a, dans ce cas là, qu'à disséquer la partie postérieure des lames sacro-recto-génitales et le plexus présacré à la façon de DARGENT.

Ces indications basées sur les adénopathies ne font pas intervenir la possibilité de ganglions dans le paramètre. Certains auteurs parlent de l'existence d'un ganglion du paramètre et de son envahissement, alors que pour l'ensemble des auteurs l'envahissement se fait surtout à ce niveau là de proche en proche. JAVERT qui a écrit

le chapitre des envahissements lymphatiques dans le livre de MEIGS et qui, dans l'ensemble admet la description de LEVEUF, le considère comme rare et lui accorde la valeur d'un envahissement rétrograde dans le cas d'envahissement sus-jacent des relais supérieurs. Cette conception d'envahissement rétrograde, analogue à celui que l'on observe si souvent au niveau du sein, pourrait expliquer certains cas d'envahissement lymphangitique cancéreux en lames des plans profonds du petit bassin.

Nous avons parlé plus haut de l'unilatéralité de l'envahissement ganglionnaire. Le DOCTEUR COMTE pense que cela est intéressant. D'abord évidemment parce qu'elle est moins grave que la bilabialité et parce qu'ensuite, elle correspond à des lésions locales plus étendues de ce côté et nécessitent de mener la dissection à la façon d'une pelvectomie antérieure, l'autre côté pouvant être traité à la façon d'une simple adénocolpo-hystérectomie.

Il faut se demander maintenant quelle est la valeur pronostique de l'envahissement ganglionnaire dans les cas avancés et si elle a bien l'importance que le Docteur COMTE lui accorde. Avant d'étudier ce problème disons que cette importance lui semble d'autant plus grande que le cas est plus ancien, et donc l'évolution plus lente.. Cela se rapporte à la théorie du pré-déterminisme évolutif du cancer que Crile a si bien vulgarisé en distinguant des cancers tortue, des cancers lièvre, des cancers oiseau.

Nous avons exposé au cours de l'étude des dangers urinaires des adénocolpo-hystérectomies pour cas non avancés et pour cas avancés, que cette opération était, avant tout, une adonectomie enlevant des ganglions pelviens dans les premiers et au contraire une cellulectomie basse enlevant largement des lésions locales dans les seconds. Il peut alors sembler paradoxal dans une opération qui consiste avant tout à enlever des lésions locales d'attacher une grosse importance à la présence ou à l'absence d'adénopathie. Cependant on doit admettre que dans les lésions locales par envahissement de proche en proche, et sans lymphangite cancéreuse en nappe l'adénopa-

thie est, en quelque sorte, témoin et mesure de la malignité et du danger de propagation et de généralisation. Quoiqu'il en soit toutes les statistiques importantes accordent à celle ci une valeur pronostique capitale.

Nous avons déjà cité l'opinion et les chiffres de TAILHEFER, de MEIGS, de DARGENT sur le pronostic de l'envahissement ganglionnaire dans les adénocolpo-hystérectomies quand les ganglions sont envahis tous les chiffres de guérison sont autour de 30%.

Pour les auteurs américains qui étudient en bloc le traitement chirurgical du cancer du col, tant par adénocolpo-hystérectomie que par exentération, les chiffres sont aussi éloquentes. LANDGON PARSONS, qui dans son article récent (The évaluation of lymphadenectomy in therapy of cervical cancer - Annals of Surg. June 1960) s'attaque à la tendance à donner la première place à l'ablation des ganglions dans le traitement chirurgical du traitement du col et insiste sur le fait de l'importance de traiter avant tout d'une façon adéquate les lésions para-cervicales, ne constate pas moins en étudiant ces résultats de 5 ans l'influence primordiale des adénopathies dans le pronostic.

Il étudie 104 cas dans lesquels le traitement chirurgical a été primitif et 103 cas dans lesquels la chirurgie a été faite après un traitement par les radiations et qui peuvent, dit-il être regardés comme des échecs des radiations. Dans ce dernier groupe qui est pour nous le plus intéressant, il y avait 37% de ganglions positifs dans les 27 adénocolpo-hystérectomies pratiquées, 42% dans les 74 exentérations. En ajoutant à ces 74 exentérations après irradiations les 16 Cas où des exentérations avaient été faites sans traitement préalable par irradiations et appartenant à l'autre série, LANDGON PARSONS ne trouve que 36% de ganglions envahis dans des exentérations pour très grosses lésions locales. En comparant ces chiffres avec celui des envahissements ganglionnaires dans les S.I. et S.II.a, qui s'élèvent à 20% dans sa série traitée primitivement

il trouve que c'est là un pourcentage très bas de ganglions envahis pour des lésions importantes et anciennes.

Du point de vue de pronostic de guérison, ces envahissements ganglionnaires ont été très importants :

Dans les cas sans radiothérapie préalable, 7 exentérations à ganglions positifs n'ont donné aucune guérison tandis que 8 cas à ganglions négatifs ont donné 5 guérisons de 5 ans.

Dans les cas traités après échec des radiations 25 exentérations à ganglions positifs n'ont donné aucune guérison de 5 ans, et 31 avec ganglions négatifs ont donné 22 % de guérison.

De nombreuses statistiques étrangères que nous ne citerons pas, apportent des résultats analogues. En France, CHARDOT de Nancy accuse sur 22 exentérations pelviennes 9 cas à ganglions non envahis et 13 où ils étaient tous ou partiellement envahis :

Sur les 9 premières malades il y en a 6 survivant sans récurrence, 2 décès de cause non cancéreuse et 1 seul décès par récurrence.

Sur 13 malades à ganglions positifs : 9 mortes dans l'année 4 ayant survécu plus d'un an et une seule survit 26 mois après l'opération. CHARDOT constate : "Il est possible d'en conclure qu'un envahissement ganglionnaire est pratiquement un arrêt de mort dans les 18 Mois".

Toutes les statistiques concordent donc pour attacher la plus grande importance pronostique à un envahissement ganglionnaire dans les cas avancés".

B/ IMPORTANCE DU TYPE DE L'ENVAHISSEMENT LOCAL

Du point de vue de l'anatomie pathologique LANDGON PARSONS A DONNE une explication très intéressante de la prédominance des envahissements antérieurs et postérieurs sur les envahissements latéraux dans les formes de cancers locaux.

Pour lui, le mode d'envahissement classique du cancer par voie lymphatique, serait beaucoup plus rare et généralement plus tardif qu'on ne le croit. Il existerait un mode d'envahissement tout à fait spécial du cancer du col, c'est l'envahissement sagittal à l'intérieur et le long des éléments que nous appelons en France les lames sacro-recto-génito-pubiennes. D'après ses études et celles de ses collaborateurs l'envahissement même s'il est lymphatique, ne se fait pas d'abord latéralement vers les paramètres, mais en arrière et en avant et souvent, il suit des espaces péri-neuraux. La méthode des micro-coupes de pièces totales qui utilise un microtome géant, leur a permis d'étudier leurs pièces d'exentérations pelviennes.

Cette étude des micro-coupes géantes en série leur permet de conclure ; "dans les tissus para-cervicaux et para-vaginaux, le tissu tumoral semble s'étendre préférentiellement dans les espaces périneuraux, bien que de la tumeur ait été aussi assez souvent trouvée dans les espaces périvasculaires. Dans ces deux localisations le cancer paraît s'étendre par extension directe plutôt que par embolisation lymphatique. Fréquemment des rubans de tumeur de 2 cm de large, ou plus sont vus dans les espaces périneuraux. Etant donné que les sections géantes sont coupées en série, il est possible de tracer l'envahissement du cancer le long de ces sentiers périneuraux. L'examen des éléments nerveux dans le tissu paracervical montre que beaucoup d'entre eux sont associés avec des cellules ganglionnaires les identifiant comme étant des nerfs para-sympathiques. Il paraît y avoir une concentration de ces nerfs dans les tissus para-cervicaux postérieurs et latéraux, tout comme dans les tissus péri-urétéraux et vésico-vaginaux. Récemment, des études histo-chimiques dans notre laboratoire analogues à celles faites antérieurement par "ALTSHULER ET ANGEVINE ET WINSLOW", permettent de suggérer que ces espaces péri-neuraux sont, en fait des espaces conjonctifs plutôt que des conduits lymphatiques. Si cette suggestion est confirmée par les études ultérieures cela pourra fournir une explication du fait que, en dépit d'un envahissement périneural extensif qui avait été interprété d'habitude comme un envahissement lymphatique, les ganglions soient négatifs dans un aussi grand nombre de cas de cancers du col".

Cette étude jette un jour nouveau sur les envahissements urétéraux. Les envahissements latéraux se feraient surtout par des ligaments larges mais,

les envahissements purement antérieurs, que nous appelons envahissements de la jonction urétéro-vésicale, se trouveraient surtout dans les formes locales et relèveraient d'un mécanisme différent. La constatation de la différence de ces deux sortes de cas d'envahissements avait souvent frappé le Dr. COMTE, sans qu'il puisse l'expliquer et lui semblait importante dans l'étude des indications de procédés opératoires.

Ces constatations nous semblent jeter un jour important sur l'étude de cancer local auquel le Dr. COMTE oppose des adénocolpo-hysterectomies avec cystectomie totale et vessie iléale.

1° - Elles montrent bien le pourquoi de l'existence des cancers locaux limités autour du col et cela même sur des pièces d'exentération, c'est à dire dans les cas avancés et anciens.

Ces formes locales péri-cervicales à envahissement sagittal évoluent généralement surtout vers la vessie et la jonction péri-urétérale et évitent le rectum dont elles sont séparées par le Douglas. Elles sont très dangereuses pour les voies urinaires sans pour cela justifier une pelvectomie antérieure classique.

Elles ne s'accompagnent pas pendant longtemps d'envahissements ganglionnaires, et si ceux-ci n'existent pas ou sont très limités, l'indication d'une adénocolpo-hystérectomie avec cystectomie totale et vessie iléale doit être posée car c'est dans ces formes que l'adénocolpo-hystérectomie élargie, sans cystectomie, donne le maximum de dangers urinaires. Cela est surtout vrai, si en plus des envahissements postérieurs qui prédominent généralement il existe des envahissements postérieurs dans la lame recto-sacrée. Nous rapporterons brièvement deux observations analogues où une adénocolpo-hystérectomie étendue a donné des suites urinaires désastreuses.

2° - Ces suites urinaires désastreuses observées dans ces formes sont, avant tout, d'origine ischémique mais il ne faut pas négliger la part nerveuse. Ce mode spécial d'envahissements péri-neural doit faire mettre aussi l'accent sur les troubles urinaires consécutifs aux grandes résections des éléments

nerveux contenus dans les lames sacro-recto-génito-pubiennes. Ces lames sagittales contiennent surtout des nerfs et peu de vaisseaux par opposition aux lames frontales de la gaine hypogastrique. Nous avons déjà parlé du danger du dysfonctionnement nerveux à propos des troubles urinaires dans les adénocolpo-hystérectomies quand on les étend en arrière à la façon de DARGENT aux nerfs pré-sacrés et à la corne postérieure du plexus hypogastrique. Dans les cas avancés dont nous parlons maintenant, la résection presque totale des éléments nerveux des plexus hypogastriques s'ajoute aux facteurs ischémiques pour aggraver les troubles urinaires des adénocolpo-hystérectomies étendues.

Ces formes locales à envahissement sagittal plus que latéral, sont différentes des formes que nous avons appelées basses para-vaginales. Elles sont para-cervicales autour du col et plus antérieures que postérieures. Les formes basses para-vaginales sont pour nous ces formes à grand blindage diffus circulaire répondant généralement à des coulées de lymphangite cancéreuse. Dans ces cas la pelvectomie antérieure, avec colpectomie totale et l'abstention est souvent préférable.

Dans les formes locales para-cervicales la colpectomie peut être limitée, et c'est là, comme nous l'avons dit dans notre introduction, que l'on peut être amené à faire une cystectomie d'indication relative, mais l'on peut faire une colpectomie limitée et éviter d'ajouter à la mutilation urinaire une mutilation génitale.

INDICATIONS PRE OPERATOIRES PROBABLES

ETUDE UROGRAPHIQUES

-:-:-:-

ESSAIS DE PROTECTION PRE OU PER-OPERATOIRE DES URETERES.-

Ces données générales étant admises, il y a lieu de se demander maintenant si l'on peut poser dans les cas avancés une indication pré-opératoire entre l'adénocolpo-hystérectomie élargie, l'adénocolpo-hystérectomie avec vessie iléale, et la pelvectomie antérieure avec urétéro-sigmoïdostomies.

Les envahissements ganglionnaires limités ou nuls ne peuvent pas être évidemment prévus d'avance. S'ils sont importants et perçus au toucher ou par palpation des fosses iliaques, il est bien entendu qu'ils indiquent soit une pelvectomie, soit l'abstention. Mais nous avons vu que les formes locales que nous venons de décrire s'accompagnent en général de peu ou pas d'adénopathie; elles peuvent donc constituer une présomption d'indication.

Y a-t-il une façon de reconnaître avant l'opération ces formes locales avec envahissement sagittal et spécialement avec envahissement limité en avant vers la vessie ?. Nous croyons que l'on peut les diagnostiquer souvent avant la laparotomie. Ce sont des formes où l'utérus est encore mobile, les culs-de-sacs latéraux assez libres, les paramètres peu infiltrés mais où il existe une induration dans le cul-de-sac antérieur. C'est à leur propos que l'on a pu parler de l'envahissement isolé ou prédominant du paramètre antérieur.

Nous verrons tout à l'heure, qu'à la laparotomie elles se traduisent par une adhérence cancéreuse de la face antérieure de l'isthme ou du col à la vessie et aux jonctions urétérales-vésicales. Ces formes s'opposent à l'envahissement classique de l'uretère dans les paramètres au niveau du croisement avec le col sous la crosse de l'artère utérine. Dans ces cas les paramètres sont largement envahis et les envahissements antérieurs généralement moins marqués.

Les anomalies d'urographie ou l'exclusion rénale sont plutôt rares dans les formes à envahissement sagittal, car l'uretère est, en quelque sorte, protégé par la vessie au moins au début par son caractère en partie intramural. La cystoscopie ne montre des signes d'envahissement que tardivement et peut très bien être absolument négative alors que l'envahissement des couches superficielles de la musculature vésicale indique déjà formellement une cystoscopie. On ne peut donc pas compter absolument sur l'urographie et la cystoscopie dans ces cas pour poser d'avance l'indication d'une adénocolpo-hystérectomie simple ou avec cystectomie.

Comme nous l'avons déjà dit, ce n'est généralement qu'à ventre ouvert que l'indication de procédé peut être proposée et cela surtout dans les indications que nous avons appelées relatives.

Si une cystoscopie et une urographie négatives ne permettent pas d'être absolument sûr que l'on pourra faire une adénocolpo-hystérectomie sans cystectomie, il est bien évident qu'un envahissement vésical décelable à la cystoscopie imposera la cystectomie totale mais celle-ci ne sera pas sûrement une pelvectomie antérieure classique terminée par des urétéro-sigmoïdostomies.

La moindre déformation de l'uretère à l'urographie est, à notre avis, une très grande présomption que l'adénocolpo-hystérectomie, même étendue sera contre indiquée à ventre ouvert, car cela fait présager une opération cancérologiquement non valable et dangereuse pour l'uretère. Cette hypothèse devient une certitude si un rein est hydro-néphrétique ou silencieux.

Nous avons autrefois été tentés, comme tout le monde, de pratiquer des adénocolpo-hystérectomies avec résection urétérale et réimplantation

dans la vessie. Depuis, nous avons pratiquement remplacé ces interventions par des adénocolpo-hystérectomies avec cystectomie totale et vessie iléale. C'est là pour nous une des meilleures indications de ces opérations. L'adénocolpo-hystérectomie, même élargie, risque de donner dans ces cas des résultats insuffisants quant à la guérison et donne un pourcentage de troubles urinaires considérables.

La belle opération de cellulectomie élargie avec abord sous-aponévrotique des pédicules artériels et veineux, préconisés par HUGUIER, CERBONNET, et SCALI (Académie de Chirurgie, 18 Juin 1958), si elle est satisfaisante sur le plan cancérologique est très effrayante sur le plan urinaire, et ses auteurs ont eux mêmes reconnu que c'était là le danger de l'opération. L'excellente communication de CERBONNET au Congrès de Chirurgie de 1960, rapporte les résultats urétéraux de ces opérations, tout au moins pour ce qui concerne la pratique de GERBONNET. La lecture des communications d'HUGUIER à l'Académie et de CERSONNET au Congrès montre qu'ils font des résections segmentaires de l'uretère avec réparation immédiate ou réimplantation vésicale.

Ces indications nous semblent très discutables. L'uretère étant en général dilaté au dessus de l'envahissement et la suture impossible. Un cas rapporté par CERBONNET a donné une fistule qui a nécessité une ré-intervention. La réimplantation est plus facile et peut, peut être, permettre la récupération d'un rein silencieux.

Cette récupération du rein silencieux est un problème capital, car d'après ce que nous savons maintenant, ces reins peuvent et doivent être récupérés. C'est une notion sur laquelle le Dr. COMTE a insisté depuis longtemps en faisant remarquer que le pronostic du rein silencieux n'était pas le même dans le cancer du col; où la sténose est extrinsèque et progressive et ne s'accompagne pas d'infection, que dans les lithiesses surtout quand celles ci sont anciennes et infectées.

FABRE a très bien étudié dans son rapport la mort progressive du rein obstrué. Il a rappelé la notion mise en valeur par DARGENT de la mort en sursis du rein et du phénomène d'hibernage. Des faits analogues ont été observés dans la lithiase urinaire par COUVELAIRE, GOUVERNEUR, FEY et l'on chif-

fre par mois le temps où peut survivre un rein obstrué.

Ces notions sont très importantes. Le Docteur COMTE a montré que la récupération d'un rein silencieux était la règle après fabrication d'une vessie iléale. Cela devient capital dans les formes locales à bon pronostic ultérieur quand les 2 reins sont touchés. La vessie iléale est là infiniment supérieure aux anastomoses urétéro-sigmoïdiennes pour la conservation de la fonction rénale.

La statistique des 11 cas d'adénocolpo-hystérectomies avec vessie iléale que nous apportons confirme ces idées. Sur 11 malades, 4 présentaient des exclusions rénales unilatérales, 3 fois le rein silencieux a été récupéré et a repris peu à peu une fonction et une morphologie normales. De même un cas avec lésion rénale bilatérale a donné d'excellents résultats urinaires.

Nous pensons que ce sont ces cas qui auraient abouti à ces complications urinaires qui grèvent les statistiques d'adénocolpo-hystérectomies dans les cas avancés.

Il est bien évident que ces cas ont plus de chance de donner aussi de meilleurs résultats du point de vue de la survie que si l'on avait pratiqué une simple adénocolpo-hystérectomie. Les résultats de celle ci, dans les cas avancés, sont assez mauvais ainsi que nous l'avons prouvé par les statistiques que nous avons rapportées au chapitre précédent.

Pour avoir cédé, dans deux cas récents, au réflexe de conservations à outrance, nous avons eu deux échecs graves.

Une malade opérée il y a 6 mois et chez laquelle nous avons presque achevé une adénocolpo-hystérectomie qui semblait logique, a présenté en fin d'intervention des adhérences cancéreuses dans la région de la jonction urétérovésicale droite. Nous avons fait une résection de la corne vésicale et de l'extrémité de l'uretère avec réimplantation dans la vessie. Les résultats immédiats ont été bons, mais revue trois mois après, la malade commençait une grosse récurrence droite.

Chez une autre malade, l'adénocolpo-hystérectomie n'avait pas montré au cours du décroisement de l'uretère et de l'artère utérine, d'envahissement urétéraux. Par contre, il y avait plus bas, une induration sagittale par envahissement local qui nous a entraînés à étendre très bas, en avant et en arrière, la résection de la lésion locale. Nous avons pu conserver des deux côtés les artères ombilicales et, pensions nous, une partie de leurs branches vésicales inférieures qui nous semblaient devoir compenser le danger ischémique qu'entraînaient les dissections poussées très loin de chaque côté. La malade a fait, quinze jours après, une grosse réaction cellulitique droite avec un abcès qui s'est largement ouvert dans le vagin et s'est accompagnée de l'établissement d'une fistule tardive. Des urographies ont montré que l'uretère gauche était tellement touché que le rein gauche devenait silencieux. Nous avons dû pratiquer deux mois après l'intervention chez une malade dans un état déplorable, une réimplantation des deux uretères dans le colon par voie extra-péritonéale. Cette ré-intervention n'a malheureusement pas empêché la malade de mourir quelques semaines après.

Il s'agit donc là de mauvaises indications, soit du fait des complications urinaires, soit du fait du temps de survie.

Le temps de survie après l'adénocolpo-hystérectomie dans les cas avancés a été envisagé dans le chapitre précédent en même temps que les complications urinaires. L'ensemble des résultats est difficile à étudier, car beaucoup d'auteurs rapportent les résultats des S.I d'un côté et de l'autre côté les résultats des S.II ou même des S.II et des S.III. Nous avons déjà dit que cela ne donne pas l'aspect réel du problème, il faut diviser l'ensemble des cas en : cas non avancés, S.I et S.IIa de LANDGON PARSON ou en radio chirurgie S.I. et S.II bien stérilisés par le radium et, d'autre part, cas avancés S.IIb de LANDGON PARSON et en S.2 mal stérilisés ou récidivés et S.3 en radiochirurgie.

Nous avons donné plus haut les constatations que l'on peut tirer des différentes statistiques. Dans l'ensemble les résultats de l'adénocolpo-hystérectomie du point de vue guérison sont mauvais dans les cas avancés.

Quelques auteurs ont proposé des solutions pour essayer d'éviter la fistulisation urétérale dans les adénocolpo-hystérectomies pour cas avancés.

ZACUTTI de Pise, qui a étudié cette question, arrive aux mêmes conclusions que les auteurs français que nous avons cités au chapitre des complications urinaires. Pour lui le danger ischémique ne vient pas tant de la suppression de quelques artères pelviennes que des traumatismes de l'uretère et de son plexus vasculaire adventiciel. Il préconise surtout la conservation de l'adventice et la non-traumatisation de l'uretère. Nous avons déjà dit que cela nous semblait souvent impossible dans les cas avancés. Il signale par contre la technique de NOVAK qui est un essai de protection et de re-vascularisation de l'uretère après une large dissection en l'enfouissant sur toute la longueur dans un lit péritonéal.

CERBONNET a repris cette question dans sa communication au Congrès Français de Chirurgie en 1960.

"Pour protéger au mieux l'uretère de la nocivité possible du contact d'un hématome pelvien, le mieux me paraît d'adopter l'intra-péritonisation des uretères que fait NOVAK(Ljubljane). Pour l'avoir pratiquée dans quelques cas récemment, je puis au moins dire qu'elle est sans inconvénient pour le fonctionnement urétéral comme pour le transit intestinal. En outre, j'ai pu constater expérimentalement une autre raison d'adopter cette pratique : les adhérences que contracte l'uretère préalablement dénudé avec la séreuse péritonéale sont beaucoup plus riches en vaisseaux pénétrants et apparemment révascularisante que les adhérences du tissu cellulaire sous péritonéal même dépourvu d'hématome ou d'infection(Cf. "Recherche sur la nécrose ischémique de l'uretère": mémoire pour le Prix de Chirurgie expérimentale de l'Assoc. Française de Chirurgie 1960 à paraître dans le volume de comptes rendus du 62è Congrès)."

Si intéressants que soient ces essais, nous croyons qu'ils sont plus valables dans les adénocolpo-hystérectomies pour cas peu avancés, où cette technique semble parfois difficile et probablement insuffisantes, que dans celles pour cas avancés.

JOYEUX de Marseille, a abordé le problème sous un autre angle en se demandant si une dérivation urinaire préalable ne pourrait pas être utile dans ces cas. Sans le suivre dans des considérations qui semblent un peu théoriques, et dans des techniques complexes, l'on peut se demander si dans certains cas avancés à reins malades on ne pourrait pas faire dans un premier temps une vessie iléale qui améliorerait l'état rénal et, dans un second temps, faire une adénocolpo-hystérectomie étendue qui conserverait la vessie. La vessie iléale serait ensuite raccordée à celle ci si tout s'était bien passé. Cela a les inconvénients des interventions itératives et ne pourrait en tous cas se discuter que dans un tout petit nombre de cas.

INDICATIONS PER - OPERATOIRES.-

Le Docteur COMTE pense, comme nous l'avons dit déjà, que les indications ne peuvent se poser en général qu'à ventre ouvert, et qui plus est, quand l'opération est déjà très avancée.

Il distingue les indications relatives et les indications absolues pour la cystectomie totale surajoutée à l'adénocolpo-hystérectomie et pour la fabrication d'une vessie iléale de substitution dans les bons cas.

Il appelle indications relatives celles où la vessie n'est pas directement envahie, ce qui constitue évidemment une indication absolue et aussi les cas où l'uretère seul est envahi car, comme nous l'avons dit plus haut, il considère que dans la majorité de ces cas, l'adénocolpo-hystérectomie avec résection de l'uretère envahi est une opération incomplète au point de vue cancérologique et grevée de trop de complications urinaires.

INDICATIONS RELATIVES.-

Les cas les plus typiques de ces indications relatives sont ceux où l'urographie est normale, les paramètres peu envahis, mais où il existe un aspect blindé du cul-de-sac antérieur avec cystoscopie négative et où l'on se

demande si l'on "passera" au niveau de la vessie et des jonctions urétéro-vésicales. Les adénopathies sont nulles ou peu importantes. Il n'y a pas d'envahissement à type de lymphangite cancéreuse.

Il semble qu'une adénocolpo-hystérectomie simple suffira.

L'opération est donc menée à la façon d'une adénocolpo-hystérectomie jusqu'à décroisement des uretères et des artères utérines.

L'opération est conduite à la façon de TAILHEFER et de MEIGS :

Laparotomie dépassant en haut l'ombilic. Pose d'un écarteur de RICARD. La valve sus-pubienne est à proscrire complètement.

Nous coupons le pédicule utéro-ovarien très haut en arrière après l'avoir libéré du péritoine et soigneusement isolé. Après la pose de grandes pinces de KOCHER, de chaque côté de l'utérus pour traction et hémostase nous réséquons les annexes. Nous nous assurons qu'il n'y a pas de ganglions palpables du promontoire et commençons l'ablation des ganglions sur les vaisseaux iliaques primitifs et externes.

A ce moment là a lieu un premier essai de décollement de la vessie et de l'utérus. Cet essai n'est mené que sur la ligne médiane en respectant de chaque côté les lames cellulo-vasculaires qui vont de l'isthme à la vessie et qui contiennent dans leur partie basse les vaisseaux cervico-vésicaux qui constituent les lames sus-urétérales.

Tout essai de pousser plus bas à ce moment risquerait d'entraîner une hémorragie dont l'hémostase serait dangereuse pour l'uretère. Il est bien entendu que si l'on trouvait à ce moment des adhérences cancéreuses de l'isthme à la vessie, la cystectomie s'imposerait. Mais plus souvent les adhérences sont plus basses et aucune décision ne peut être prise à ce moment, en général.

Avant de commencer le curage soigneux de la fossette obturatrice, nous suspendons la vessie de chaque côté à la paroi, ou mieux aux

crochets du compas de la valve non utilisée, après avoir largement ouvert et récliné les lames cellulo-péritonéales qui recouvrent latéralement la vessie pour découvrir et isoler l'artère ombilicale oblitérée que les Américains appellent l'artère hypogastrique oblitérée. Cette artère ainsi que ses branches vésicales inférieures et latérales est respectée au maximum. Le curage de la fossette obturatrice est souvent mené plus bas que le nerf obturateur qui est parfois sectionné.

L'uretère qui a été repéré dès le début est alors repoussé en dedans en lui laissant son péritoine et son adventice et en ne le laissant jamais avec un instrument, même mousse.

Le décroisement de l'uretère avec l'artère utérine est alors entrepris. L'artère utérine est isolée au ras de sa naissance au niveau du tronc ombilico-utérin ou au niveau de l'hypogastrique, son tronc est chargé sur une ligature qui servira de tracteur pour le dégager, une ou plusieurs petites artères urétérales sont alors coupées et l'uretère à ce moment ne doit plus suivre les tractions sur l'artère utérine.

La deuxième possibilité d'indication de cystectomie se pose alors si un envahissement ou un "léchage" cancéreux important existe au niveau de cette portion paramétriale de l'uretère.

Si l'uretère est libre à ce niveau il faut alors pratiquer l'ablation de la lame sus-urétérale qui contient le pédicule de la corne utérine. C'est alors que se présente la deuxième possibilité d'envahissement ou de "léchage" de la jonction urétéro-vésicale. Si celui-ci est important on peut être amené à faire la cystectomie. Cette cystectomie d'indication relative se pose là au cas où les parois vésicales ne sont pas envahies jusqu'à la muqueuse mais où les couches superficielles seules de la vessie sont envahies.

Si la cystectomie totale est décidée les uretères sont coupés, réclinés en arrière et il y a lieu, dès ce moment de prendre une décision sur le type de dérivation urinaire à adopter. Auparavant la séparation

du rectum et du vagin est amorcée, les ligaments utéro-sacrés sont coupés très loin, très profondément, ainsi que les lames sous-urétérales. Si les envahissements locaux sont largement dépassés, s'il n'y a pas de lymphangite cancéreuse basse, si les ganglions sont peu ou pas envahis suivant les conditions que nous avons étudiées plus haut, le pronostic est bon, la dissection des plans profonds artériels et veineux jusqu'au releveur n'a pas besoin d'être poussée jusqu'aux gros vaisseaux postérieurs. La cystectomie totale est faite facilement en extériorisant la vessie après l'avoir libérée en avant et sur les côtés, en faisant l'hémostase soigneuse des pédicules vésicaux inférieurs, en coupant enfin l'uretère au ras de la vessie. Le vagin est alors sectionné et coupé à la hauteur désirée, généralement à 3 cm ou 4 cm de ses insertions sur le col, ce qui laisse la possibilité d'une vie génitale normale. Un surjet hémostatique est fait sur le vagin, un drain fixé à la trépano antérieure du vagin est laissé en place, deux mèches sont mollement tassées dans la cavité d'hystérectomie et de cystectomie. Nous envisagerons plus tard la fin de l'intervention et la fabrication de la vessie iléale.

Dans ces formes l'envahissement répond en général à la description des envahissements sagittaux à prédominance antérieure dont nous avons parlé plus haut et pour lesquels nous avons fait allusion aux remarquables travaux de LANDGON PARSONS.

Si cet envahissement sagittal local et limité se poursuit en arrière, l'on peut généralement l'enlever très largement sans faire courir aucun risque au rectum.

Nous insistons sur le fait dont nous avons déjà parlé, que le même envahissement sagittal étendu en arrière et disséqué rend très dangereux l'adénocolpo-hystérectomie avec conservation de la vessie car celle-ci et l'uretère sont alors traumatisés et privés d'un grand nombre de vaisseaux et de nerfs.

L'extension en arrière de cet envahissement est pour nous un des facteurs importants de l'indication de cystectomie.

Ce type d'indication relative de la cystectomie totale et de la vessie iléale représente l'indication la plus fréquente parmi nos observations. Sur nos 11 malades, 6 ont subi une cystectomie totale alors qu'on ne croyait devoir faire qu'une simple adénocolpo-hystérectomie. La lecture des comptes rendus opératoires explique les décisions prises.

Dans l'observation 8, par exemple, il s'agissait d'un stade IIa traité par le radium mais avec persistance de l'ulcération du col ; une adénocolpo-hystérectomie avait été décidée. Le compte rendu opératoire porte "la tentative de séparation de l'isthme et de la vessie aboutit à l'ouverture du cancer dont certains fragments restent sur la vessie. Comme l'envahissement ganglionnaire est minime (un ganglion obturateur peut être envahi) on pratique une adénocolpo-hystérectomie avec cystectomie et vessie iléale".

Dans d'autres cas c'est l'envahissement d'un uretère dans le ligament large qui a constitué une indication que nous appelons relative, car cet uretère aurait pu être réséqué et implanté dans la vessie, mais nous nous sommes déjà expliqués sur ce type d'indication.

INDICATIONS ABSOLUES

=====

Ces cas correspondent à des cas où la vessie est envahie. Nous les considérons comme des indications absolues car nous pensons que dans ces cas les cystectomies partielles sont à condamner.

Chez ces malades qui sont au nombre de 5 une pelvectomie antérieure ou même totale avait été décidée avant l'intervention. Le caractère local des envahissements, l'absence des lymphangites cancéreuses, l'absence d'adénopathie ou leur caractère très limité, ont poussé à faire l'intervention sans réséquer les plans vasculaires postérieurs, tout au moins pour ce qui est des veines, car souvent l'artère hypogastrique

a été liée ou réséquée d'un côté ou de l'autre ou des deux côtés. Ce sont ces interventions à la demande qui ont fini, étant donné leur bon pronostic, par la fabrication d'une vessie iléale. Ces indications, en somme, ont été posées aux dépens de la pelvectomie antérieure classique avec anastomose urétéro-sigmoïdienne. Ces malades avaient été considérées pour trois d'entre elles comme devant être des pelvectomies antérieures probables. Il faut remarquer de suite qu'il y avait parmi ces 5 malades, un cancer sur col restant, et 2 récidives après hystérectomie totale, pour cancer.

Sur les deux cas où la pelvectomie totale avait été envisagée il n'y avait dans un cas aucun envahissement ganglionnaire et dans l'autre un seul ganglion obturateur envahi.

Nous rapportons les comptes rendus opératoires de ces deux cas car ils sont très typiques de la façon dont ces opérations à la demande peuvent enlever les lésions locales d'une façon complète mais limitée quand le cancer ne possède pas un caractère lymphophile et fait ainsi preuve de peu de malignité.

Chez la première malade une pelvectomie totale avait été décidée pour une tumeur semblant envahir les culs de sac antérieur et postérieur et qui était au-dessus des ressources des radiations. Le compte rendu opératoire dit : "Cancer du col semblant envahir la vessie et les ligaments utéro-sacrés engainant le rectum. En réalité ancienne salpingite purulente très adhérente au Douglas. Un essai de séparation de la vessie amène à déchirer le col utérin et à entrer dans le cancer.

On essaie cependant de libérer la vessie de la paroi vaginale antérieure et de faire une adénocolpo-hystérectomie. Il existe de gros ganglions obturateurs de chaque côté, mais leur consistance et leur allure inflammatoire semblent permettre de les considérer comme non cancéreux.

Pas d'hypertrophie des ganglions iliaques externes, internes et primitifs. Les décroissements urétéraux sont très difficiles du fait soit de l'inflammation, soit du cancer.

Le décroisement entraîne à gauche une plaie de l'uretère au ras du col ce qui avec les probabilités d'envahissement des couches superficielles dans la vessie amène à faire une adénocolpo-hystérectomie avec cystectomie.

Le pronostic semble très bon, on fait une vessie iléale".

A l'examen anatomo-pathologique aucun ganglion n'était envahi ce qui justifie la technique employée.

La deuxième malade était une femme âgée de 65 ans présentant un cancer sur col restant vrai (hystérectomie sub-totale en 1922), traitée par radium en juillet 1957 et ayant continué à perdre du sang et du pus depuis ce moment. Très mauvais état général. Urographie normale. Elle est opérée en mars 1959 après près de 2 ans d'évolution de la lésion que le radium n'avait pas stérilisée et qui donnait des hémorragies répétées.

Voici le compte-rendu opératoire : "On part pour une pelvectomie totale.

Uretères normaux. On est surpris de voir une masse grosse, molle ressemblant à un isthme utérin recouvert de réactions péritonéales inflammatoires attenant à la vessie mais très clivables du rectum.

Section des uretères, curage ganglionnaire iliaque et obturateur ne montrant que des tout petits ganglions à peine perceptibles.

Section des artères hypogastriques, de la fessière à droite, mais, comme il est de plus en plus évident qu'il n'y a pas d'envahissement cancéreux important dans le plan profond, on continue l'opération en adénocolpo-hystérectomie élargie laissant le plan veineux et en s'aidant de tractions sur la vessie on libère l'ensemble de la masse antérieure et après avoir mis des pinces on enlève la pièce en cystectomie totale et en colpectomie sub-totale.

Drain dans le vagin. Péritonisation avec le sigmoïde. Fabrication d'une néovessie iléale".

A l'examen anatomo-pathologique seuls les ganglions obturateurs droits sont envahis.

La malade est malheureusement décédée 4 jours après son intervention dans un état de collapsus cardio-vasculaire semblant plus dû à son très mauvais état général qu'à son intervention. La vessie iléale fonctionnait très bien et la diurèse avait excellente dès le début.

Ce décès grève notre statistique et lui donne ainsi une mortalité de 18 % dû à une indication opératoire poussée trop loin chez une malade âgée et cachectique.

Les trois autres malades avaient été prévues comme devant être des pelvectomies antérieures classiques.

1 - L'une d'elles (obs. N°6) avait subi une hystérectomie totale pour cancer du col dans une autre formation en mai 1954. Puis du radium (30 mg pendant 5 jours, et 15 mg pendant 5 jours à 6 mois d'intervalle) et de la radiothérapie (12.000 r) entre février et septembre 1956. La lésion ne fut pas contrôlée et la malade fut opérée en janvier 1957 avec une grande ulcération vaginale, un envahissement vésical dans la région urétérale gauche et un rein gauche exclu. L'examen à ventre ouvert ayant montré l'existence d'une grosse masse vésicale, et para-vésicale, avec peu ou pas d'envahissement ganglionnaire, on fit une pelvectomie antérieure incomplète et une vessie iléale. L'uretère gauche était très dilaté.

Le résultat rénal fut excellent dès les premières urographies, le rein gauche silencieux était redevenu normal et la malade est actuellement, plus de 3 ans et demi après son opération en excellent état général et rénal.

2 - Une autre malade, N° 9, était aussi une récidive après hystérectomie totale pratiquée en novembre 1954 pour un cancer du col, dans un autre service. Le toucher montrait des noyaux multiples au niveau de l'ancien emplacement du col, une pose de radium (21.7 med) et un traitement radiothérapique (12.000 r) furent pratiqués en novembre 1955, sans

contrôler la lésion. Près d'un an après (juillet 1956) elle présentait de volumineuses tumeurs de la paroi vaginale antérieure et une diminution fonctionnelle avec rétention urétéro-pyélique à droite. Elle subit alors une laparotomie exploratrice et une intervention dont voici le compte-rendu :

"L'uretère droit avait été implanté dans le sigmoïde lors de l'hystérectomie antérieure. Il est dilaté et légèrement atone. Le pelvis est cartonné, mais il semble s'agir de tissu scléreux. Il n'y a pas d'adénopathie droite. Libération difficile, vagin-rectum, mais valable cependant. Ligature et section de l'artère hypogastrique droite. On respecte la veine.

A gauche il existe une grosse adénopathie obturatrice ; libération aux ciseaux des ganglions et veine iliaque externe.

Ligature et section de l'artère hypogastrique gauche. Libération du vagin jusqu'à la vulve. Ablation de la pièce.

2 mèches et un drain par le vagin. La péritonisation est, bien entendu, impossible.

Création d'une néo-vessie iléale avec implantation de l'uretère gauche".

L'examen anatomo-pathologique montrait que seule les ganglions obturateurs gauches étaient envahis.

Il est intéressant de noter que le rein droit qui avait été implanté dans le sigmoïde par l'opérateur précédent et présentait avant l'opération une diminution fonctionnelle nette était devenu complètement silencieux 5 mois après, alors que le rein gauche implanté dans une vessie iléale fonctionnait parfaitement. Il aurait été sans doute mieux de détruire l'anastomose urétéro-sigmoïdienne et d'implanter le rein dans la vessie.

3 - La troisième malade, N° 11, avait été prévue comme devant être une pelvectomie antérieure classique pour un cancer du col avec une grosse masse antérieure semblant envahir la vessie et avec un rein droit exclu.

A l'ouverture du ventre, elle présentait bien une grosse masse tumorale envahissant l'isthme utérin et la corne droite de la vessie, mais il existait aussi un kyste de l'ovaire droit et un hydro-salpinx gauche très adhérent. Il n'y avait qu'un seul gros ganglion obturateur gauche, les autres ganglions ne semblent pas envahis. La malade subit une opération atypique avec cystectomie totale et vessie iléale.

Dès la première urographie de contrôle pratiquée 10 jours après l'opération, les cavités droites étaient réapparues et n'étaient guère plus dilatées que celles du rein gauche qui faisait sa crise de néostomie.

La réussite sur le plan urinaire est donc excellente. Par contre, alors que l'on avait cru que le ganglion obturateur gauche était seul envahi, tous les autres ganglions soumis à l'examen étaient aussi envahis quoique peu hypertrophiés. C'est là notre seule erreur d'interprétation de l'envahissement ganglionnaire sur 11 observations.

Plusieurs points sont à souligner dans les observations que nous venons de rapporter.

Une notion d'abord sur laquelle nous avons insisté à propos de l'influence sur les indications du caractère des adénopathies et de la nature évolutive du cancer : l'ancienneté de l'évolution par rapport au volume de la lésion et surtout au degré de l'envahissement ganglionnaire est un bon critère pour apprécier le pronostic et guider l'acte opératoire. Ce critère est extraordinairement mis en valeur par plusieurs de nos observations et spécialement par les observations 10, 6 et 9.

Un autre point à noter est la façon dont sont menées les résections cellulo-ganglionnaires et vasculaires dans ces opérations "à la demande" du type adéno-colpo-hystérectomie avec cystectomie totale et vessie iléale.

Souvent l'on peut se contenter d'une résection cellulo-ganglionnaire du type de celle que l'on fait dans des adénocolpo-hystérectomies en les élargissant cependant vers la zone sous-urétérale et sous-vésicale et en ramenant la résection des plans vasculaires, jusqu'au plan des releveurs en avant, ce qui ne présente plus ni dangers ni difficultés puisque la vessie est enlevée. L'on peut aussi lier les 2 hypogastriques, ce qui facilite un peu l'hémostase. L'on peut réséquer les artères hypogastriques, ce qui est un peu plus difficile, car il faut lier alors les artères sacrée latérale, fessière, ischiatique et honteuse interne, mais ce qui a l'avantage de permettre une ablation plus soigneuse des lames cellulo-ganglionnaires du petit bassin.

Dans certains cas, on peut être amené à enlever le plan veineux du côté le plus atteint ou même des deux côtés, mais en n'enlevant que la partie antérieure en avant des grosses veines fessières et ischiatiques, manoeuvre que le Dr COMTE avait déjà décrite il y a longtemps pour pallier dans les pelvectomies difficiles au blocage du sang veineux dans le membre inférieur quand on a été amené à léser ou à lier la veine iliaque externe à cause des adhérences et des ganglions cancéreux.

Enfin, la ligature ou la résection des artères hypogastriques permet, quand la pièce est gênante par son volume, d'enlever celle-ci "par arrachement" après avoir avancé le plus possible en avant latéralement et en arrière sa libération. L'urètre et le vagin sont alors coupés et la pièce "arrachée". L'on fait à ce moment là l'hémostase des vaisseaux qui saignent et qui sont, la plupart du temps, des artères et des veines assez antérieures. L'on peut alors compléter l'ablation des lames cellulo-ganglionnaires en avant et de chaque côté. Cette manoeuvre diffère de la pelvectomie antérieure classique où l'on peut partir en arrière pour

enlever tout le plan artériel et veineux avec souvent de terribles difficultés d'hémostase dans le lacis des grosses veines hypogastriques et fessières en arrière.

Nous avons la coutume de dire schématiquement qu'en dehors de l'ablation des organes, que nous appelons exentération ou éviscération, nous pratiquons l'ablation du contenu cellulo-ganglionnaire et vasculaire du petit bassin, soit en "adénocolpo-hystérectomie" si nous n'enlevons que le tissu cellulo-ganglionnaire, soit en "pelvectomie" si nous enlevons tout le plan artériel et veineux.

Si l'envahissement domine d'un côté et si les adénopathies n'existent que d'un côté, nous terminons parfois nos adénocolpo-hystérectomies avec cystectomie en "pelvectomie" du côté envahi et en simple "adénectomie" du côté non envahi.

ETENDUE DE LA COLPECTOMIE - DRAINAGE - PERITONISATION

=====

FABRICATION DE LA VESSIE ILEALE

=====

Nous avons déjà dit que dans les cas que nous choisissons pour faire une adénocolpohystérectomie avec cystectomie et vessie iléale, il ne devait pas y avoir d'envahissement étendu du para-vagin. Nous ne pratiquons donc pas généralement de colpectomie très étendue, cependant dans une de nos observations nous avons fait une colpectomie totale (Observation 5), parce que l'infiltration du cul de sac antérieur s'étendait assez bas du côté de la sous-muqueuse et de la muqueuse. Ce sont là des envahissements différents, des envahissements et blindages paravaginaux. Nous pensons avec d'autres auteurs, que ces envahissements muqueux et sous muqueux du vagin n'ont pas le même pronostic que les

envahissements para-vaginaux.

Le drainage de la grande cavité laissée par l'ablation de l'utérus et de la vessie diffère absolument de celui des adénocolpo-hystérectomies sans cystectomie. Dans ces dernières, le méchage doit être complètement proscrit et le drainage réduit à sa plus petite expression car ils sont dangereux pour l'uretère disséqué. Nous mettons généralement un petit drain fixé à la section antérieure du vagin pour assurer simplement la perméabilité de la section vaginale.

Dans les adénocolpo-hystérectomies avec cystectomie, nous mettons ce même drain et ajoutons deux mèches très mollement tassées. Après terminaison du temps de cystectomie, et de colpo-hystérectomie, ce léger méchage est posé et occupe la cavité pelvienne pendant que l'on fabrique la vessie iléale.

Le Dr COMTE a décrit la façon dont cette opération est pratiquée dans le service (thèse d'OURADOU, communications à l'Académie de Chirurgie avec les Docteurs BOUTTOU et OURADOU). Nous ne ferons que la rappeler brièvement :

"Choix d'une anse grêle bien vascularisée et à pédicule bien fourni. Cette anse correspond généralement, mais pas toujours, à la dernière branche ou à la dernière arcade de l'artère mésentérique supérieure, elle se trouve en moyenne à une vingtaine de centimètres du coecum. L'anse choisie doit être isolée sur une longueur d'à peu près 40 cm car il importe qu'elle ait une bonne capacité. Fermeture du côté gauche de l'anse exclue, le côté droit est simplement égrasé avec une pince de KOCHER laissée en place. L'anastomose du grêle est immédiatement pratiquée au-dessus du pied de l'anse isolée.

On plante alors les uretères dans l'anse iléale, nous ne reprendrons pas ici les nombreuses discussions sur la meilleure technique de cette implantation. Pour nous qui avons d'abord adopté le COFFEE

avec tunélisation sous-muqueuse nous avons rapidement abandonné cette méthode sans toutefois nous rallier à la simple suture bord à bord de l'uretère et de l'intestin. Nous pratiquons la technique du bout pendant que nous faisons passer à travers une toute petite incision que nous re-fermons par 4 points séro-adventiciels. Nous ne sommes pas absolument sûrs que cette technique soit la meilleure, mais elle a l'avantage de plus de solidité ce qui est important dans ces grosses opérations où il peut y avoir des troubles sub-occlusifs post opératoires. Nous ne mettons pas de sonde urétérale dans l'anastomose car nous observons généralement une bonne reprise de la diurèse dès le second jour. Cependant, il se peut que la pose d'une sonde qui serait très facile dans les vessies iléales favorise la diurèse dans les premières heures et même les deux ou trois premiers jours.

Ce à quoi nous faisons le plus attention c'est à la disposition harmonieuse de l'extrémité des uretères ainsi qu'à la vitalité de l'uretère isolé. Quand on emploie la vessie iléale l'on peut facilement faire une recoupe de l'uretère car le grêle vient plus facilement aux uretères que le sigmoïde. La disposition à donner à l'uretère est plus compliquée à gauche qu'à droite. A droite, il suffit que l'uretère soit bien placé par rapport à la position de la vessie iléale après le passage de son extrémité droite à travers la peau et de cloisonner à ce niveau là tous les pièges péritonéaux entraînés par le passage de l'anse et la présence de l'uretère. Du côté gauche, l'uretère étant en arrière, du feuillet gauche du méso-sigmoïde doit être passé à travers ce dernier sans strictions ni coutures pour atteindre l'extrémité gauche de la vessie iléale. Le fil de fermeture du moignon intestinal gauche sert à suspendre celui-ci sur le feuillet droit du méso-sigmoïde. Tous les pièges à intestins péritonéaux sont alors fermés soigneusement.

Le côté droit de la section de l'anse qui avait été fermé par une simple pince a été passé au début de ce temps à travers une incision de décharge très étroite située à deux ou trois centimètres au-dessus et au-dedans de l'épine iliaque droite. Une grosse sonde de PEZZER

est immédiatement placée dans la vessie iléale dont l'orifice a été fixé aux différents plans de la paroi.

La durée totale de la fabrication de la vessie iléale demande un minimum de 40 à 45 minutes. Il est bien entendu que cette opération ne doit être faite que dans les bons cas non seulement à cause des probabilités de guérison à longue échéance, mais aussi parce que cette vessie iléale ne doit être faite qu'après une opération aisée et peu sanglante. Si par malheur, l'opération avait été spécialement difficile, longue et sanglante, une urétéro-sigmoïdectomie pourrait être pratiquée chez une malade choquée même si les conditions locales et le pronostic ultérieur auraient dû faire préférer une vessie iléale.

Après la fabrication de la vessie iléale se pose le problème de la péritonisation. Le Dr COMTE a essayé toutes les méthodes préconisées pour finir les interventions dans les pelvectomies antérieures.

Il a essayé de ne pas péritoniser à la façon des Américains en laissant atterir les anses grêles sur les mèches. Il pense bien comme DARGENT que du point de vue des risques occlusifs, il vaut mieux qu'il n'y ait pas de péritonisation du tout plutôt qu'une mauvaise péritonisation.

Il a essayé aussi la suppression de tout drainage par en bas avec fermeture du vagin et drainage sus-pubien. Mais après une série de succès, il a eu à déplorer plusieurs morts par péritonites ou occlusion. Si bien que la technique actuellement employée dans le service pour les pelvectomies antérieures et les adénocolpo-hystérectomies avec cystectomies, est le cloisonnement entre le petit bassin et la grande cavité péritonéale à l'aide du sigmoïde et du méso-sigmoïde tout comme dans les péritonisations hautes après hystérectomie totale. Un bon lambeau de péritoine vésical est conservé de chaque côté dans le temps de cystectomie, il est en continuité avec le péritoine des fosses iliaques. Ce décollement et cette conservation d'un lambeau péritonéal sur la partie supérieure de la vessie n'a aucun inconvénient du point de vue cancérologique, car la

vessie n'est envahie que par sa base. En fin d'intervention, le bord distal du sigmoïde est suturé au bord postérieur de ces lambeaux péritonéaux. Si ces lambeaux n'arrivent pas tout à fait à se joindre sur la ligne médiane, le bord antérieur du sigmoïde sera cousu directement à la face postérieure déperitonisée des muscles droits de chaque côté de la ligne médiane. De cette façon, les anses intestinales et la vessie iléale sont complètement isolées de la cavité basse drainée par le vagin.

D'autres méthodes pourraient être employées, Monsieur REDON préconise, dans ces cas, la fermeture complète du vagin à points séparés et le drainage en sous-péritonéal des espaces cellulaires par deux drains de REDON. Nous n'avons pas encore essayé cette méthode séduisante.

=====

AVANTAGES ET RESULTATS DE LA VESSIE ILEALE

=====

Le Dr COMTE dans la thèse d'OURADOU, puis dans deux communications à l'Académie de Chirurgie, avec les docteurs BOTTOU et OURADOU, a étudié les avantages et les excellents résultats de la vessie iléale, comme moyen de dérivation urinaire. Depuis, le recul n'a fait que confirmer cette opinion, comme nous verrons tout à l'heure.

Nous ne pouvons mieux faire que de citer le début de la dernière communication du Dr COMTE : "Nous avons préconisé, dans une communication récente, la substitution de la néo-vessie iléale aux urétérostomies cutanées et aux urétéro-sigmoïdostomies dans tous les cas de dérivation urinaire définitive pour affections non cancéreuses de la vessie et, dans certains cas bien définis, pour des affections cancéreuses pouvant faire espérer une survie prolongée ou indéfinie.

Nous vous apportons les premiers résultats éloignés de nos vessies iléales dans le but de montrer la supériorité de leurs résultats rénaux sur ceux des autres types de dérivation urinaire définitive, et spécialement l'urétérostomie cutanée, tentante par sa facilité et sa rapidité, et sur l'urétéro-sigmoïdostomie, séduisante par sa continence. Seuls, ces résultats rénaux peuvent, en effet, justifier les indications assez larges que nous avons reconnues à ce procédé plus complexe et plus long et aboutissant à un réservoir incontinent.

Mais nous tenons à préciser de suite que, pour nous, l'excellence des résultats rénaux de la vessie iléale vient du plus grave de

ses défauts, c'est à dire de son incontinence. Nous avons, du reste, souligné dans notre communication, que cette néo-vessie ne méritait pas le nom de vessie de substitution, mais plutôt celui de vessie de drainage. Nous reconnaissons que la vessie iléale n'est bien, selon l'excellente expression de M. KUSS, qu'une urétérostomie transiléale, mais par rapport à l'uréostomie cutanée, elle a l'avantage d'éviter les sondes urétérales et leur retentissement rénal. Le segment du grêle interposé entre l'urétérostomie et la peau permet un appareillage facile et confortable, mais surtout est essentiellement bénéfique pour les reins.

C'est sur ce bénéfice pour les reins et leur avenir éloigné que nous vous apportons aujourd'hui quelques documents. Cela permettra de mieux situer la vessie iléale par rapport à ses deux grandes concurrentes : la double urétérostomie cutanée et l'urétéro-sigmoïdostomie à anus continent".

Cette attitude lui avait été dictée par son expérience et par la large enquête faite dans la thèse d'OURADOU qui avait montré les très mauvais résultats à longue échéance, des urétérostomies cutanées et des urétéro-sigmoïdostomies à anus continent.

Pour les premières, toutes les opinions et toutes les statistiques concordent et, d'autre part, les soins exigés par ces stomies ne sont pas, comme nous l'avons déjà dit, imaginables en milieu marocain pauvre et dans les bleds absolument isolés d'où viennent les malades.

Pour les deuxièmes, en plus des mauvais résultats rapportés par les statistiques, l'expérience du Dr COMTE dont les premières pelvectomies dataient de 1952, apportaient la confirmation des mauvais résultats des urétérosigmoïdostomies surtout dans les cas si fréquents dans le cancer, où les reins étaient déjà lésés. Il avait déjà rapporté, dans son premier article sur les pelvectomies, publié en collaboration avec le Dr BOTTOU en 1955, plusieurs cas d'accidents précoces de ces urétéro-sigmoïdostomies soit sous forme d'accidents métaboliques, à type d'hyperchlorémie-acidose dus à la résorption de l'urine dans le rectum et le

gros intestin, soit du fait de poussées de pyélo-néphrite sur un rein dilaté.

Les accidents d'hyperchlorémie-acidose apparaissaient dans les pelvectomies antérieures où l'anus est continent et jamais dans les pelvectomies postérieures avec colostomie humide. Ils débutaient 20 jours ou un mois après la pelvectomie sous forme de troubles digestifs, de diarrhées puis de vomissements qui entraînent une détérioration rapide de l'état général, arrêtaient la convalescence et amorçaient une caehexie progressive. Ces accidents avaient amené le Dr COMTE à faire trois fois des anus contre-nature sus-jacents en canon de fusil pour les arrêter, en séparant les courants urinaires et stercoraux et diminuer la tension intra-intestinale cause de reflux. Ces accidents sont, comme tout le monde le sait depuis les travaux de FERRIS et ODEL, surtout fréquente quand le rein était antérieurement malade ; or c'est le cas de beaucoup de malades dans les formes avancées de cancer du col, l'infection s'y ajoute souvent, et s'ouvre alors un cercle vicieux grave.

Le Dr COMTE avait été même amené, avant d'adopter la vessie iléale, à protéger préventivement les reins anastomosés dans les lésions bilatérales par des anus contre-nature sus-jacents.

L'adoption de la vessie iléale a transformé l'avenir des cystectomisés en général et surtout des cystectomisés présentant déjà des lésions rénales. Elle a d'abord été utilisée par le Dr COMTE et ses collaborateurs dans des lésions bénignes ayant détruit les voies excrétrices de la vessie.

La première vessie iléale pratiquée dans le service date maintenant de près de 6 ans.

Ce malade, après une prostatectomie trans-vésicale faite en ville, avait dû subir une hospitalisation presque continue de 3 ans pour sclérose et infection de la loge prostatique, abcès péri-vésical et péri-

prostatique fistulisé du périnée, réouvertures successives de la cystectomie malgré dilatations et réinterventions. En désespoir de cause, une vessie avait été faite au début 1955. Ses résultats sont excellents. Le malade qui avait pu reprendre son métier de boulanger portait encore une fistule périnéale pour laquelle une cystectomie secondaire a été pratiquée récemment. L'appareil urinaire est absolument normal, l'état général excellent.

Le Dr COMTE a étudié, sur ces vessies iléales, le retentissement passager de l'anastomose sur le fonctionnement rénal et a décrit ce qu'il appelle "la crise de la néostomie". Nous rapportons la description qu'il a donnée de cette crise et de son évolution telle qu'il l'a décrite à propos de ce malade.

"C'est sur ce malade que nous avons suivi, pour la première fois, les perturbations immédiates de l'appareil excrétoire rénal, après anastomose urétéro-iléale et surtout leur évolution très spéciale. Ces perturbations : uretère dilaté et atone, dilatation du bassinet et même des cavités rénales, sont communes à toutes les néostomies urétérales. On pourrait leur donner le nom de "crise de la néostomie" (cliché I) Cette crise est parfois très marquée, pouvant aboutir, en quelques jours, en dehors de toute infection à de grosses dilatations pyéliquies et calicielles. Elle est certainement le fait de la perte de la physiologie normale mécanique et nerveuse de la jonction oblique intra-murale urétérovésicale et aussi, des perturbations de l'uretère inférieur dues à l'oedème de la bouche de néostomie.

Cette crise existe dans les vessies iléales comme dans toutes les autres anastomoses urétéro-intestinales. Mais ce qui est là, absolument spécial, c'est l'évolution généralement régressive, rapide, de cette crise de la néostomie (cliché II). Cela, bien entendu, à la condition qu'il n'y ait pas un trouble mécanique de la bouche, accident rare, mais qui peut se produire quelle que soit la technique employée.



Cliché n°1 - CRISE DE NEOSTOMIE 1 mois après l'intervention : 30è minute. Sans compression (obs.7)
 Rein droit : légère dilatation de la partie inférieure de l'uretère. Rein gauche : hydronéphrose.



Cliché n°2 - RETOUR A LA NORMALE 14 mois après l'intervention 30è minute, sans compression (obs.7)
 Urogramme normal.

Avec une vessie iléale, même si la dilatation est importante, elle rétrocede généralement en trois ou quatre mois et quelquefois plus vite. Nous vous en montrons un autre exemple frappant :

Il s'agit de Z.B... ayant subi une adénocolpo-hystérectomie avec cystectomie et vessie iléale, le 25 décembre 1958, les reins étaient normaux avant l'intervention (Obs N°7 de notre thèse)

A la première urographie (cliché I), un mois après l'intervention, on trouve une dilatation très marquée des cavités rénales avec même une véritable hydronéphrose gauche. Trois mois après, les reins sont pratiquement revenus à la normale.

Ce retour ad integrum est la règle dans les vessies iléales et cela est la grande supériorité sur les urétéro-sigmoïdostomies à anus continent.

Après cette opération, si les reins normaux font, par suite de la néostomie, une dilatation des voies excrétrices, celle-ci, du fait de la pression gazeuse conservée, du mélange stercoro-urinaire et de l'infection plus ou moins apparente qui en découle, ne rétrocede pas et en général s'aggrave ; elle s'aggrave quelquefois très vite s'accompagnant souvent d'un syndrome d'hyperchlorémie acidose. Celui-ci est parfois corrigé par les moyens médicaux, mais sa gravité dans nos pelvectomies antérieures a été telle qu'il nous a obligé 3 fois à pratiquer un anus contre-nature en canon de fusil sous-jacent.

D'autre fois, les dilatations, d'habitude bilatérales, ne s'aggravent que très lentement, parfois insidieusement, parfois en s'accompagnant de poussées de pyélonéphrites. Mais à la longue, elles aboutissent généralement, soit à la pyo-néphrose chirurgicale, soit à la néphrite ascendante avec insuffisance rénale. Sur ce point toutes les opinions et toutes les statistiques concordent, alors qu'au contraire les résultats éloignés des vessies iléales tels que les a publiés leur

créateur le Professeur BRICHER de Saint Louis, sont reconnus excellents et ne s'accompagnent, dans l'immense majorité des cas, ni de troubles infectieux, ni de troubles électrolytiques.

Il s'agit là de cas où les reins étaient nains à l'origine, mais la supériorité de la vessie iléale sur l'urétéro-sigmoïdostomie s'objective mieux encore dans les cas où les deux reins étaient déjà insuffisants et surtout lorsque l'un des deux reins étaient silencieux, ce qui est frappant dans les cas de cancer dont nous parlerons tout à l'heure.

Le danger immédiat de la vessie iléale qui est d'obliger à entreprendre comme une deuxième opération à la fin d'une opération qui a pu être longue est moindre, comme nous l'avons dit, dans les cas relativement bénins auxquels elle est appliquée, que dans les pelvectomies antérieures difficiles. De plus, ce danger est compensé, en quelque sorte, dans les cas de gros uretères dilatés, par la facilité des suites de cette anastomose dans l'anse grêle isolée, alors que la même anastomose pratiquée sur le colon sigmoïde entraîne en elle-même un certain danger post-opératoire immédiat.

Mais c'est la supériorité des résultats éloignés de la vessie iléale qui a amené le Dr COMTE à la préconiser dans les cas de cancer du col à bon pronostic éloigné et à s'efforcer de sélectionner ces cas. L'opération qu'on leur applique quoique largement suffisante du point de vue cancérologique est plus limitée et moins grave que la pelvectomie antérieure classique. Il est donc justifié, dans ces cas, de pratiquer une cystectomie avec vessie iléale chaque fois que les lésions imposent la cystectomie.

Dans la pratique du service on a exécuté 11 interventions type adénocolpo-hystérectomie avec vessie iléale contre 41 pelvectomies antérieures avec urétéro-sigmoïdostomies, ce qui correspond à un peu plus d'un cas sur 4.

Les difficultés pour retrouver les malades opérées au Maroc ne nous ont pas permis malheureusement de recueillir un pourcentage suffisant de malades pour apporter les résultats éloignés urinaires des pelvectomies antérieures avec urétéro-sigmoïdostomies.

Nous devons donc nous limiter à étudier les résultats des 11 malades sur lesquelles ont été pratiquées des opérations plus ou moins étendues avec cystostomie et vessie iléale.

Nous avons eu deux décès ce qui donne une mortalité de 18 %, mais nous estimons qu'une malade trop âgée et trop cachectique (cas N°10) porteuse d'une récidive de cancer sur col restant traitée 2 ans auparavant par radium et radiothérapie, n'aurait pas dû être opérée et qu'en dehors de cette mauvaise indication, la mortalité devrait être aux alentours de 10 % ce qui, comme nous l'avons déjà dit, est bien moindre que la mortalité générale des pelvectomies antérieures pour les mauvais cas non sélectionnés.

Il est trop tôt pour parler de résultats vitaux éloignés, notre plus ancienne opération datant de 4 ans. D'autre part 4 malades ont été perdues de vue. Par contre, nous pouvons étudier les résultats urinaires, la plupart des malades ayant été suivies assez longtemps pour qu'on puisse se faire une idée de ces résultats.

Le meilleur critère est évidemment comme nous l'avons déjà dit plus haut, le retour d'un rein exclu à l'activité, puis son retour progressif à une morphologie normale. Nous avons déjà analysé, du point de vue physiologique, ce que l'on sait du retour à l'activité de ces reins silencieux.

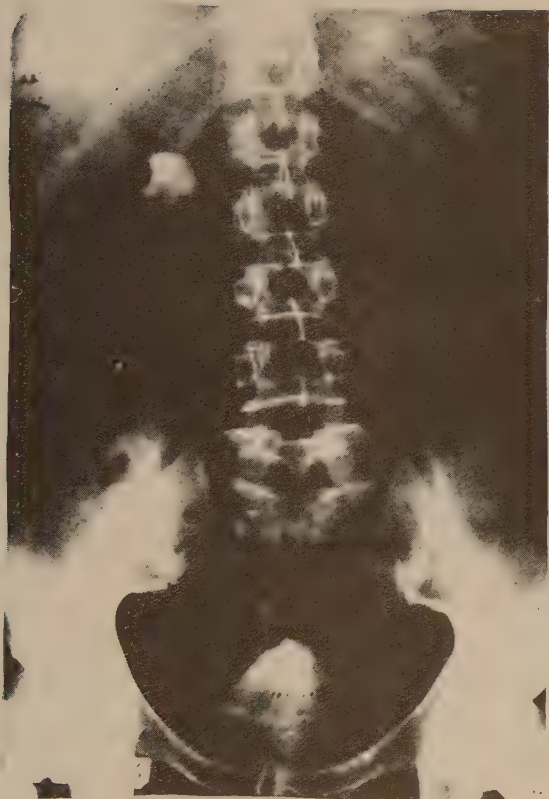
Quatre de nos malades avaient, au moment de l'intervention, un rein exclu ; ces 4 reins silencieux sont revenus à l'activité. Un cas est encore trop récent pour qu'on puisse juger du retour du rein à une morphologie normale ou paranormale. Mais les 3 autres sont très démonstratifs ainsi que le montre la lecture des observations.

Le cas le plus démonstratif est celui de Mme G... (obs 6) dont le rein gauche était exclu. (cliché III). La malade a été opérée le 19.1.57. Trois mois après, l'urographie montrait seulement un léger retard de sécrétion du rein gauche et une mauvaise imprégnation des calices gauches ainsi qu'une petite hydronéphrose droite. Un an après l'intervention, le rein gauche était redevenu normal tant du point de vue de sa sécrétion que du point de vue morphologique (cliché IV) alors que la petite dilatation hydro-néphrotique du bassinet droit persistait. Deux ans après l'opération, le rein gauche était normal (cliché V) et il y avait toujours une petite dilatation calicielle droite. Actuellement, près de 4 ans après l'intervention, on note toujours la dilatation calicielle droite, et il existe de plus une très légère dilatation calicielle gauche. Ce cas montre bien que l'anastomose d'un uretère très dilaté dans une anse grêle, peut même, jusqu'à un certain point, donner un meilleur résultat que l'anastomose d'un rein sain à petit uretère.

Dans l'ensemble, les résultats rénaux de la vessie iléale sont très bons. Nos deux malades décédées avaient présenté, dès après l'opération, et jusqu'à leur mort, au 5ème et 8ème jour après l'opération, une diurèse très abondante et un excellent débit uréique. Elles présentaient, au moment de leur mort, l'une une urée sanguine de 2,60 g %, l'autre une urée sanguine de 5,50 g %. Le premier chiffre est normal dans les suites d'une opération grave. Le deuxième chiffre correspondait à une urémie extra rénale, la malade étant morte avec des phénomènes subocclusifs. Il faut cependant insister sur ce que nous avons déjà dit sur les possibilités de sténose précoce de toute anastomose urétéro-intestinale. Parmi nos 11 malades, deux (obs. 4 et 8) dont les uretères étaient normaux à l'intervention, ont présenté une exclusion rénale unilatérale. Ceci semble dû à une malfaçon ayant entraîné une oblitération immédiate ou précoce dans les deux reins. Il semble bien qu'aucune série d'anastomoses urétéro-intestinales ne puisse être à l'abri de cette complication.

D'une façon générale, on peut donc affirmer que les résultats immédiats et tardifs de la vessie iléale sont bons et, en tous cas, bien meilleurs que ceux des urétéro-sigmoïdostomies à anus continent.

=====



Cliché n°3 - REIN GAUCHE EXCLU 10 jours avant l'intervention : 20è minute. Sans compression (obs. 6) rein droit normal.



Cliché n°4 - RETOUR DU REIN GAUCHE : 1 an après l'intervention : 20è minute sans compression (obs. 6) Dilatation hydronéphrotique du bassinet droit. Rein gauche normal.



Cliché n°5 - REIN GAUCHE NORMAL 2 ans après l'inter-
vention : 20è minute sans compression (obs.6)
Dilatation calicielle à droite.

O B S E R V A T I O N S

=====

Observation N° 1 - Madame IZ.. BENT M... 31 ans

Antécédents : 5 grossesses, 4 enfants vivants, 1 enfant mort à la naissance. Douleurs lombaires.

Histoire : Le 3.4.58 malade adressée à la consultation par l'hôpital de Fédala avec le diagnostic néo probable du col.

Pertes sanglantes et purulentes depuis 3 mois.

T.V. : Enorme tumeur bourgeonnante du col utérin, saignant abondamment au toucher. Paramètre droit infiltré. Stade : IIb. Hystéromètre : 3 cms
Biopsie : épithélioma lobulé para-kératosique

Traitement : R.T.H. prescrit
le 29.5.58 a reçu 9.000 r.

EXAMENS : T.V. douleurs exquises dans le paramètre gauche.
Le cul de sac vésico-vaginal antérieur est comblé, Stade II b

SPECULUM : Important sphacèle du col. Pertes purulentes abondantes.
Collection purulente du paramètre gauche. Il s'agit probablement d'adénopathie ulcéro-inflammatoire du paramètre gauche.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

Urographie intraveineuse faite le 3.6.58 montre un rein gauche exclu.

Formule numération faite le 3.6.58 montre une légère anémie avec leucocytose neutrophile.

UREE le 4.6.58 : 0,25 g par litre

Taux de prothrombine : 90 %

Indication opératoire : adénocolpo-hystérectomie

Intervention le 7.6.58 : Adénocolpo-hystérectomie + cystectomie et vessie iléale.

Compte-rendu opératoire : envahissement de l'uretère gauche, les ganglions étant peu nombreux, petits et de consistance non cancéreuse, on décide de conduire l'opération en adénocolpo - hystérectomie + cystectomie et vessie iléale.

Anatomie pathologique : ganglions, phénomène de lymphadénite subaiguë avec réticulose irritative accentuée dans l'un des organes prélevés.
Rien de tumoral.

<u>Suites opératoires</u> : diurèse le 7.6.58	100 cc
le 8.6.58	1300 cc
le 10.6.58	2300 cc
le 14.6.58	3000 cc
le 17.6.58	1000 cc
le 20.6.58	3500 cc
le 23.6.58	2000 cc

Urée : le 9.6.58 : 0,85 g par litre

Réserve alcaline : le 9.6.58 = 69 vol.

Protides : 61 g par litre.

<u>ELECTROLYTES</u> :	Na	3.10 g %	134.8 meq
	K	175 mg %	4.48 meq
	Cl	3.05 g°/°°	86 meq

le 12.6.58 : urée : 2.05 g par litre

R.A. 51 VOL.

<u>ELECTROLYTES</u>	Na	3.05 g ‰	132.6 meq
	K	180 mgs ‰	4.61 meq
	Cl	2.84 g ‰	80 meq

le 16.6.58 : urée : 1,60 g par litre

R.A. : 48 vol.

<u>ELECTROLYTES</u> :	Na	3.25 g ‰	141.3 meq
	K	105 mgs ‰	2.68 meq
	Cl	3.26 g ‰	92 meq

Le 20.6.58 : Urée : 2 g par litre

R.A. : 42 vol. Protides : 65 g par litre

<u>ELECTROLYTES</u> :	Na	3.00 g ‰	130.4 meq
	K	164 mgs ‰	4.23 meq
	Cl	3.26 g ‰	92 meq

le 25.6.58 : urée urinaire : 11 g par litre

le 26.6.58 : urée : 1,95 g par litre

le 30.6.58 : urée : 0,50 g par litre

le 7.7.58 : urée : 0,25 g par litre

le 13.8.59 : malade revue à la consultation avec état général excellent et état local parfait.

Urographie intraveineuse de contrôle : uretère dilaté à droite.

Les 2 reins fonctionnent normalement.

Le 4.2.60 : malade revue à la consultation avec très bon état général et état local parfait.

Urographie intraveineuse de contrôle : hydronéphrose droite discrète.

La vessie iléale est opacifiée.

Le 10.7. 60 : malade vient à la consultation pour changer sa sonde iléale. Elle est toujours en excellent état général aussi bien que local.

Le 26.8.60 : malade revue à la consultation convoquée pour une urographie I.V.

Urographie I.V. de contrôle :

- hydronéphrose droite
- rein gauche normal

Malade suivie à la consultation.

=====

Observation N° 2 - Madame KAH... BENT M... 35 ans

Antécédents : 1 enfant vivant, 1 F.C.

Histoire : le 13.9.56 adressée par son médecin traitant pour néo du col utérin.

Métrorragies depuis 3 mois.

T.V. : énorme tumeur en chou-fleur, cul de sac antérieur et latéral droit infiltrés, stade IIb.

SPECULUM : montre la tumeur siégeant au niveau du col et saignant au contact.

BIOPSIE : Il s'agit d'un épithéliom maplighien indifférencié envahissant massivement tout le fragment examiné.

Urographie intraveineuse : normale.

Un traitement R.T.R. est prescrit.

Le 16.10.56 a reçu 12.000 r.

T.V. : la tumeur en chou-fleur a disparu mais on note une infiltration du cul de sac antérieur et de la paroi vaginale antérieure jusqu'à près de 3 cms de la fourchette.

Hystéromètre : 3 cms.

Le 20.10.56 : pose de radium, 1 sonde, 1 colpostat soit 35 mgs pendant 8 jours : 50.4 med.

Le 28.11.56 : il persiste des pertes purulentes avec empatement des culs de sac. stade II b.

On propose l'intervention mais la malade refuse de se faire opérer.

Le 15.1.57 : la malade refuse toujours l'intervention.

Le 31.5.57 : la malade consulte pour des douleurs du petit bassin et réclame cette fois l'intervention projetée il y a 5 mois.

Urographie intraveineuse : rein gauche exclu - N° 17.612

Le 3.6.57 : urée : 0,25 g par litre

taux de prothrombine : 78 %

Indication opératoire : adénocolpo-hystérectomie

Intervention : adénocolpo-hystérectomie plus cystectomie et vessie iléale
le 7.6.57

Compte-rendu opératoire : le 7.6.57

à l'ouverture du ventre on trouve un énorme uretère gauche (volume intestinal).

Les 2 uretères sont sectionnés en vue d'une réimplantation dans une anse grêle. La dissection des artères iliaques externes et internes, l'exploration des fosses obturatrices confirment l'absence de ganglions hypertrophiés. Section de l'hypogastrique gauche, de l'ischiatique, de

la fessière et de la honteuse interne. On passe du côté opposé où l'on décide de laisser en place le plan veineux.

On pédiculise l'ensemble utérus vessie après l'avoir séparé du rectum. On en profite pour lier le plus bas possible le reste des éléments vasculaires allant à la pièce. Section de l'uretère et de la moitié supérieure du vagin.

Drainage vaginal. Péritonisation.

Néo vessie iléale avec abouchement des 2 uretères.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE :

1 - Fragment du col : totalement envahi par un épithélioma lobulé indifférencié de type infiltré.

2 - Ligament large : également envahi par un épithélium de même nature, dont les éléments lobulés infiltrant la muqueuse.

3 - Ganglions : les ganglions prélevés comportent une prolifération réticulaire excessivement importante, mais ne présente pas d'envahissement métastatique.

SUITES OPERATOIRES : orageuses

le 7.6.57	diurèse 5 cc
-----------	--------------

8.6.57	" 0 cc
--------	--------

9.6.57	" 5 cc
--------	--------

10.6.57	" 100 cc
---------	----------

11.6.57	" 3500 cc
---------	-----------

urée : 3,65 g par litre

R.A. : 46 vol.

<u>Electrolytes</u> :	Na	2.30 g ‰	100 meq
	K	225.6 mg ‰	5.75 meq
	Cl	2.73 g ‰	76 meq

Le 12.6.57 : diurèse : 4.400 cc

Urée : 3,15 g par litre

R.A. : 60 vol.

<u>Electrolytes</u> :	Na	3.12 g ‰	134.8 meq
	K	175 mg ‰	4.48 meq
	Cl	3.45 g ‰	97 meq

le 13.6.57 : diurèse : 2.500 cc

urée : 1,65 g par litre

Réserve alcaline : 58 vol.

<u>Electrolytes</u> :	Na	2.90 g ‰	126 meq
	K	130 mgs ‰	3.32 meq
	Cl	3.33 g ‰	93 meq

Le 17.6.57 : diurèse : 2.100 cc

urée : 0,25 g par litre

R.A. : 52 vol.

<u>Electrolytes</u> :	Na	2.88 g ‰	125 meq
	K	117.6 mg ‰	3 meq
	Cl	3.88 g ‰	109 meq

Le 20.6.57 : diurèse 1.200 cc

urée : 0,25 g par litre

R.A. : 74 vol.

<u>Electrolytes</u> :	Na	3.20 g ‰	139.1 meq
	K	120 mg ‰	3.07 meq
	Cl	364 g ‰	102 meq

Le 12.9.57 : urographie intraveineuse de contrôle :

à droite hydronéphrose.

à gauche, retard d'injection et dilatation calicielle.

Malade quitte l'hôpital en bon état général et est perdue de vue depuis.

=====

Observation N° 3 - Madame TA... BENT K... 35 ans

Antécédents : R.A.S.

Histoire : adressée pour néo du col le 3.2.58

pas de radiothérapie , ni radiumthérapie

T.V. : infiltration culs de sac antérieur et latéral gauche.

Stade II b.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES le 20.2.58

urographie intraveineuse : normale

formule -numération : légère anémie et légère leucopénie.

Le 24.2.58 : urée : 0,30 g par litre

R.A. : 59 vol.

<u>Electrolytes</u> :	Na	3.10 g ‰	134.8 meq
	K	150 mgs ‰	3.84 meq
	Cl	3.55 g ‰	100 meq

Le 25.2.58 : urée : 0,15 g par litre

glycémie : 1,50 g par litre

taux prothrombine : 92 %

INDICATION OPERATOIRE : adénocolpo-hystérectomie probable

Intervention le 1.3.58 : adénocolpo-hystérectomie + cystectomie et vessie iléale.

Compte-rendu opératoire : épithélium du col avec envahissement de la musculature vésicale.

Etant donné qu'il n'existe pas d'adénopathie perceptible, on décide de faire une adénocolpo-hystérectomie totale avec cystectomie et vessie iléale.

1er temps : on repère les uretères de chaque côté. Les ganglions obturateurs aussi bien à droite qu'à gauche ne semblent pas cancéreux. Des 2 côtés ligature de l'artère hypogastrique. L'intervention est cependant conduite en respectant le plan hypogastrique. Le décollement recto-vaginal est facilité par l'oedème qui infiltre les tissus.

2ème temps : constitution d'une vessie iléale, selon la technique habituelle avec abouchement des uretères.

3ème temps : péritonisation du pelvis avec le péritoine restant et le sigmoïde. fermeture de la paroi.

4ème temps : intervention périnéale large. Ablation de la pièce.
Hémorragies minimales, 2 mèches et 1 drain.
Fermeture au crin de la brèche périnéale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE :

1 - Ganglion obturateur gauche

organe très congestif, réticulose éritative très importante, pas de cancer.

2 - Ganglion obturateur droit :

même lésion, encore plus poussée.

3 - Ganglion de Cunéon : lésions identiques, mais vascularisation très intense.

Col : important fragment, granulomateux en surface, mais dont la profondeur est totalement envahie par un épithélium tubuleux lobulé pavimenteux parakératosique.

En résumé, néoplasie confirmée dans le fragment utérin. Les ganglions indemnes des métastases néoplasiques.

SUITES OPERATOIRES : assez simples

1e 1.3.58 : diurèse 50 cc

1e 2.3.58 : " 50 cc

1e 3.3.58 : " 1000 cc

1e 4.3.58 : " 2300 cc

Urée : 2,15 g par litre

R.A. : 44 vol.

<u>Electrolytes</u> :	Na	3.05 g ‰	132.6 meq
	K	145 mg ‰	3.71 meq
	Cl	3.34 g ‰	94 meq

1e 5.3.58 : diurèse : 2.400 cc

1e 6.3.58 : " 2.500 cc

urée : 1,45 g par litre

1e 7.3.58 : diurèse 2.300 cc

1e 8.3.58 : " 2.500 cc

1e 9.3.58 : " 2.500 cc

le 10.3.58 : diurèse 1.600 cc
urée : 0,35 g par litre
R.A. : 41 vol.

<u>Electrolytes</u> :	Na 3.00 g ‰	130.4 meq
	K 120 mgs ‰	3.07 meq
	Cl 3.05 g ‰	86 meq

Le 23.8.58 : malade revue à la consultation pour changement de sonde.
Bon état général, état local satisfaisant.
Changement de sonde et lavage de la vessie.

Le 8.1.59 : malade revue à la consultation avec état général excellent
et bon état local.

Examens de contrôle : le 9.1.58 : urée : 0,30 g par litre
formule numération : leucopénie neutrophile

Le 15.1.59 : urographie intraveineuse : reins normaux
opacification de la néo-vessie

le 26.5.59 : malade revue à la consultation en bon état général et état
local.

Urographie intraveineuse de contrôle : bon fonctionnement des 2 reins,
opacification de la néo vessie iléale. Depuis la malade est perdue de vue.

=====

Observation N° 4 - Madame Fatna Bent M... 50 ans

Histoire : le 13.5.58 : malade adressée au service de gastro-entérologie
pour rétrécissement recto-sigmoïdien + lésion du col.

Biopsie : les 3 fragments étudiés ne montrent plus aucune structure cervicale. Ils sont envahis par la prolifération d'une tumeur maligne du type carcinome épidermoïde immature à nombreuses mitoses et monstruosité cellulaires.

T.V. : tumeur cratériforme du col avec envahissement du cul de sac antérieur et postérieur, il semble bien exister un envahissement du rectum. Stade III - IV.

Le 14.5.59 : urée : 0,20 g par litre
glycémie : 1 g par litre

formule numération : légère anémie et légère leucocytose

Le 20.5.59 : urographie I.V. : normale
pas de radiothérapie ni radiumthérapie pré-opératoire.

Indication opératoire : pelvectomie totale probable

Intervention le 3.6.59 : adénocolpo-hystérectomie + cystectomie et vessie iléale.

Compte-rendu opératoire : cancer du col semblant envahir la vessie et les ligaments utéro-sacrés engainant le rectum.

En réalité ancienne salpingite purulente très adhérente au Douglas.

Un essai de séparation de la vessie amène à déchirer le col utérin et à entrer dans le cancer. On essaie cependant de libérer la vessie de la paroi vaginale antérieure et de faire une adénocolpo-hystérectomie.

Il existe de gros ganglions obturateurs de chaque côté, mais leur consistance et leur allure inflammatoire semblent permettre de les considérer comme non cancéreux. Pas d'hypertrophie des ganglions iliaques externes, internes et primitifs. Les décroissements urétéraux sont très difficiles du fait soit de l'inflammation, soit du cancer.

Le décroissement entraîne à gauche une plaie de l'uretère au ras du col ce qui, avec les probabilités d'envahissement des couches

superficielles dans la vessie amène à faire une adénocoplo-hystérectomie avec cystectomie.

Le pronostic semble très bon, on fait une vessie iléale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE :

1 - Deux fragments de col : épithélioma épidermoïde se présentant sous les aspects de travées compactes ou creusées de cavités de désintégration au sein d'un stroma fibrillaire infiltré par de nombreuses cellules rondes inflammatoires. L'infiltration néoplasique bien qu'assez profonde respecte cependant une couche scléreuse encore assez épaisse dans laquelle persistent quelques faisceaux musculaires lisses en voie d'atrophie.

2 - Deux fragments de paramètre : l'on retrouve sur l'un des fragments les mêmes travées d'épithélioma épidermoïde au sein d'un stroma en intense réaction inflammatoire. Le deuxième est indemne de toute infiltration épithéliale.

3 - Ganglion obturateur gauche : le prélèvement comporte, englobé dans un tissu conjonctif graisseux trois ganglions lymphatiques à l'examen desquels l'on ne note que des images inflammatoires banales. Pas d'envahissement néoplasique métastatique.

4 - Ganglion obturateur droit : mêmes images inflammatoires banales, l'on ne voit à l'examen de ce ganglion aucune infiltration épithéliale suspecte.

5 - Fragment d'adhérence intestinale : lambeau de tissu scléro-adipeux renfermant une importante plage inflammatoire polymorphe à prédominance lympho-histiocytaire. Parmi les histiocytes s'observent de nombreux éléments macrophagiques à protoplasme vacuolisé : à noter également quelques cellules plurinuclées. Pas d'infiltration épithéliale suspecte.

6 - Fragment de trompe : salpingite chronique d'aspect histologique banal et d'évolution ancienne avec importantes altérations des franges et sclé-

rose des diverses couches de la paroi. Aucun caractère suspect. Pas d'image susceptible d'évoquer une étiologie bacillaire.

SUITES OPERATOIRES : le 3.6.59 : diurèse 400 cc

le 4.6.59 : " 1100 cc

le 5.6.59 : " 1200 cc

urée : 1,10 g par litre

R.A. : 48 vol.

Electrolytes : Na 3.30 g ‰ 143.5 meq

K 190 mg ‰ 4.86 meq

Cl 3.16 g ‰ 89 meq

Le 6.6.59 : diurèse 900 cc

le 7.6.59 : " 1100 cc

le 8.6.59 : " 2200 cc

urée : 2,70 g par litre

R.A. : 41 vol.

protides : 69 g par litre

Electrolytes : Na 3.05 g ‰ 132.6 meq

K 200 mgs ‰ 5.12 meq

Cl 3.16 g ‰ 89 meq

Le 9.6.59 : diurèse : 1200 cc

urée : 2,20 g par litre

R.A. : 66 vol.

Electrolytes : Na 3.00 g ‰ 130.4 meq

K 160 mg ‰ 4.10 meq

Cl 3.44 g ‰ 97 meq

Le 10.6.59 : diurèse 1000 cc

le 11.6.59 : " 1000 cc

urée : 1,07 g par litre

R.A. : 45 vol.

<u>Electrolytes</u> :	Na	3.20 g ‰	139.1 meq
	K	130 mg ‰	3.32 meq
	Cl	3.37 g ‰	95 meq

Le 12.6.59 : diurèse : 500 cc

le 13.6.59 : " 400 cc

urée : 0,54 g par litre

Le 30.6.59 : urée : 0,30 g par litre
protides : 68 g par litre

<u>Electrolytes</u> :	Na	3.25 g ‰	141.3 meq
	K	140 mg ‰	3.38 meq
	Cl	3.69 g ‰	104 meq

La malade quitte l'hôpital le 13 Juillet 1959 en bon état général.

Le 31.3.60 : malade revue à la consultation en bon état général et état local satisfaisant.

Urographie de contrôle : rein gauche exclu

Le 9.6.60 : malade revue à la consultation avec bon état général et local

Urographie I.V. de contrôle montre un rein gauche toujours exclu.

=====

Observation N° 5 - Mme MILOUDA BENT A... 30 ans

Antécédents : 5 grossesses, enfants vivants, métrorragies depuis 2 mois, plus abondantes depuis 20 jours.

Histoire : le 29.10.57 : malade adressée par son médecin traitant pour ulcération du col ayant l'aspect d'un néo infecté.

T.V. : cratère du col utérin aux bords déchiquetés, issue du pus au toucher, culs de sac libres, utérus mobile, ce cratère admet l'extrémité de l'index. Stade II b.

Speculum : cratère ayant détruit la lèvre supérieure du col.

Biopsie : épithélioma malpighien intermédiaire

Urographie intraveineuse : normale

Le 30.10.57 : pose de radium, une sonde, un colpostat, soit 50 mgs pendant 6 jours : 54,5 med.

Le 15.11.57 : traitement RTH prescrit

le 3.1.58 : traitement RTH terminé, a reçu 12.000 r en 4 champs

le 27.2.58 : toucher recto-vaginal : utérus fixé. Stade II B

T.R. : on sent une volumineuse masse.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

urée : 0,25 g par litre

formule numération : légère anémie et légère leucopénie

Indication opératoire : adénocolpo - hystérectomie probable.

Intervention le 3.12.58 : adénocolpo-hystérectomie + cystectomie et vessie iléale.

Compte-rendu opératoire : à l'ouverture du ventre, le cancer envahit largement le péritoine et la musculature vésicale. La palpation ne montre

aucun ganglion et un foie normal. L'uretère gauche est du volume du pouce. On pratique une adénocolpo-hystérectomie + cystectomie et vessie iléale. La dissection du ganglion confirme leur intégrité, l'examen de la pièce montre que la muqueuse vésicale n'est pas envahie mais que la séreuse et la musculuse sont assez largement envahies.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE : le fragment utérin montre un épithélium malpighien intermédiaire très nécrosant.

Les ganglions obturateurs sont le siège d'une inflammation subaiguë sans métastase.

<u>SUITES OPERATOIRES</u> :	Diurèse le 3.12.58	700 cc
	le 4.12.58	800 cc
	le 5.12.58	3500 cc
	le 6.12.58	2800 cc
	le 7.12.58	2600 cc
	le 8.12.58	1500 cc
	le 9.12.58	1000 cc
	le 10.12.58	1000 cc

Le 10.12.58 : urée sanguine : 5 g par litre
 urée urinaire : 14 g par litre
 réserve alcaline : 21 vol.

<u>Electrolytes</u> :	Na	3.10 g ‰	134.8 meq
	K	1.50 mg ‰	3.84 meq
	Cl	3.55 g ‰	100 meq

Taux de prothrombine : 50 %

Le 11.12.59 : urée sanguine : 5,50 g par litre
 réserve alcaline : 22 vol.
 protides : 53 g par litre

Le 12.12.58 : malade décédée de phénomènes sub-occlusifs avec troubles métaboliques irréversibles et une urée élevée malgré une diurèse très abondante et un débit uréique excellent.

Observation N° 6 - Madame JOH ... G... 45 ans

Antécédents : hystérectomie en mai 1954, pour néo du col.

Histoire : le 31 mai 1956, pertes sanglantes tantôt rougeâ, tantôt rousses peu nombreuses et indolores.

Biopsie : récidive du néo. Il s'agit d'un épithélium peu différencié de forme intermédiaire.

T.V. : parois vaginales souples, ulcération bourgeonnante par endroits.

Le 1.2.56 : pose de radium, une cupule de 30 mgs, pendant 5 jours soit 27.2 med.

Le 26.3.56 : T.V. petites masses dans le fond vaginal du volume d'une cerise correspondant au cul de sac antérieur dont les parois sont libres.

Speculum : pas d'ulcération.

Le 9.4.56 : épisode d'une cystite traitée médicalement.

le 8.6.56 : pertes rosées

T.V. : parois vaginales souples, pas d'ulcération

le 22.8.56 : les pertes rosées déjà signalées sont accentuées.

Mictions fréquentes. Douleurs dans la jambe gauche.

T.V. : il semble exister une petite masse du volume d'une prune dans le cul de sac antérieur.

Le 31.8.56 : pose de radium, un bouchon de 15 mgs enlevé le 5.9.56

le 7.9.56 : un traitement RTH est prescrit

le 22.9.56 : T.V. : la masse a nettement diminuée, mais il existe une petite ulcération.

Le 16.10.56 : formule numération normale.

le 24.10.56 : le traitement RTH terminé, a reçu 12.000 r en 4 champs.

le 22.11.56 : T.V. : induration de la paroi vaginale au tiers supérieur, pas de métrorragies, mais des pertes jaunes.

le 7.1.57 : douleurs de tout l'hémi-bassin gauche avec irradiation lombaire et le long du membre inférieur gauche. Mauvais état général, signe d'une nette aggravation.

T.V. : ulcération du cul de sac antérieur et de la paroi antérieure du vagin en arrière, stade III - IV.

Urographie I.V. rein gauche exclu, rein droit normal.

Cystoscopie : envahissement vésical dans la région urétérale et le col, stade IV.

le 14.1.57 : urée : 0,25 g par litre
glycémie : 1,25 g par litre
taux de prothrombine : 92 %

le 15.1.57 : formule numération : leucocytose à 11.400 G.B.
avec éosinophilie à 13 %.

Indication opératoire : pelvectomie antérieure.

Intervention le 12.9.57 : pelvectomie antérieure + vessie iléale.

Compte-rendu opératoire : l'examen à ventre ouvert montre l'existence d'une grosse masse néoplasique vésicale et para vésicale, avec peu ou pas d'envahissement ganglionnaire. On décide donc de faire une néo-vessie iléale.

La néo vessie est faite en premier lieu sans toutefois la fistuliser de suite à la peau. L'uretère gauche très dilaté est passé sous le méso-sigmoïde, mais arrivé sur le bord gauche du pédicule mésentérique inférieur, on lui fait traverser le péritoine pour le mener à l'extrémité gauche de la vessie, ceux-ci entraînent la nécessité d'une bonne fixation de l'extrémité gauche de la vessie au feuillet droit du méso-sigmoïde pour éviter les occlusions intestinales. La pelvectomie est faite par arrachement après ligature des artères hypogastriques, des artères fessières et des veines hypogastriques, toute la paroi antérieure étant inabordable par envahissement vésical. Cet envahissement ne permet pas la ligature systématique des pédicules artériels et veineux extra et

intra-pelviens avant l'ablation des organes.

La traction est faite sur la vessie après libération très poussée du rectum, 2 drains et 2 mèches par l'extrémité inférieure du vagin. Péritonisation complète avec le sigmoïde.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE :

1 - Masse néoplasique : le fragment montre un envahissement néoplasique (épithélioma paramalpighien) infiltrant le tissu musculaire de la paroi vésicale. Cette tumeur, ulcérée dans sa partie superficielle, montre une infiltration granulomateuse excessivement homogène sur 1/3 environ du fragment considéré. Index karyocinétique faible.

2 - Ganglion iliaque droit : phénomènes de réticulose irritative et de congestion assez intense, pas de métastase tumorale.

3 - Ganglion iliaque gauche : phénomène de congestion et de réticulose encore plus poussé que dans le N° 2, mais pas d'envahissement métastatique.

SUITES OPERATOIRES : assez simples

le 20.1.57 : diurèse 100 cc

le 21.1.57 : " 600 cc

R.A. : 74 vol.

<u>Electrolytes</u> :	Na	3.10 g ‰	134.8 meq
	K	195 mg ‰	5 meq
	Cl	3.39 g ‰	95 meq

le 22.1.57 : diurèse 200 cc

le 23.1.57 : " 1500 cc

le 24.1.57 : " 1300 cc

urée : 3,20 g par litre

le 25.1.57 : diurèse 2900 cc

le 26.1. 57 : diurèse 3800 cc
le 27.1.57 : " 2800 cc
le 28.1.57 : " 2900 cc
urée 2,60 g par litre

R.A. : 44 vol

<u>Electrolytes</u> :	Na	3.20 g ‰	139.10 meq
	K	135 mg ‰	3.45 meq
	Cl	3.70 g ‰	104 meq

Le 29.1.57 : diurèse : 2300 cc
hématocrite 50 %
protides 58 grammes
électrolytes totaux : 270 meq

Le 30.1.57 : diurèse : 2000 cc

le 1.2.57 : urée : 1,10 g par litre

R.A. : 54 vol.

taux de prothrombine : 52 %

<u>Electrolytes</u> :	Na	3.10 g ‰	134.8 meq
	K	200 mg ‰	5.12 meq
	Cl	3.94 g ‰	110 meq

Le 4.2.57 : urée : 1,65 par litre
taux prothrombine : 13 %

le 7.2.57 : urée : 1 g par litre
taux prothrombine : 28 %

le 9.2.57 : urée : 0,70 g par litre
taux prothrombine : 28 %
formule numération : anémie à 2.080.000 G.R.

le 12.2.57 : urée : 0,50 g par litre

le 16.2.57 : formule numération : anémie à 2.380.000 G.R.
leucocytes à 12.400 G.B.

le 18.2.57 : urée : 0,40 g par litre

le 25.2.57 : formule numération : légère anémie
Malade sort de l'hôpital en bon état général.

le 3.4.57 : malade revue à la consultation avec bon état général et
état local satisfaisant.

Urographie I.V. de contrôle : réapparition de la sécrétion du rein gau-
che, mais avec retard de sécrétion et mauvaise imprégnation des calices
gauches. Petite hydronéphrose dr.

Le 28.1.58 : malade revue à la consultation avec un état général excel-
lent et un bon état local.

Urographie I.V. de contrôle : faite le 31 janvier 1958 montre une dilata-
tion hydronéphrotique du bassinet droit.

Rein gauche normal.

Le 11.5.59 : malade revue à la consultation avec bon état général et bon
état local.

Urographie I.V. de contrôle : dilatation calicielle à droite. Rein gauche
normal.

Le 17.12.59 : malade revue à la consultation avec bon état général et
état local

Urographie I.V. de contrôle : dilatation calicielle à droite. Très légère
dilatation calicielle à gauche.

Malade est toujours bien suivie à la consultation.

=====

Observation N° 7 - Mme ZOH... BENT A... 35 ans

Antécédents : pas de grossesse, perte sanglante et purulente depuis un an.

Histoire : le 10.11.58, malade adressée pour un néo du col utérin avec extension importante.

T.V. : infiltration de la paroi vésico-vaginale. Ulcération au niveau du col avec infiltration des paramètres. Stade II b .

EXAMENS COMPLEMENTAIRES : Urographie intraveineuse : ptose du rein droit, la vessie est normale.

Biopsie : épithélioma malpighien

urée : 0,25 g par litre

formule numération : leucocytose

Examens cyto-bactériologiques des urines : urines troubles, très nombreuses hématies, assez nombreux leucocytes, quelques cellules épithéliales pavimenteuses. Flore microbienne très abondante à cocci gram +.

Culture : staphylocoques.

Indication opératoire : adénocolpo-hystérectomie.

Intervention le 25.11.58 : adénocolpo-hystérectomie avec cystectomie et vessie iléale.

Compte-rendu opératoire : à l'incision on sent des ganglions obturateurs droits. La dissection de quelques uns montre que seul un gros ganglion obturateur droit semble cancéreux. Le cancer envahit la musculature vésicale. Dans ces conditions on décide une adénocolpo-hystérectomie avec cystectomie et vessie iléale. Celle-ci est exécutée en décollant en avant le vagin jusqu'au dessous de la ceinture pubienne et en enlevant tout l'urètre. La colpectomie est aussi amenée jusqu'au canal anal. Création d'une vessie iléale. Péritonisation à l'ordinaire. à l'aide des lambeaux péritonéaux sus et latéro-vésicaux ; au-dessous un drain et une mèche.

Les anastomoses urétéro-iléales semblent excellentes. A l'ouverture de la pièce, énorme cancer de la paroi antérieure du vagin envahissant profondément la vessie et les régions latéro-vaginales.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE :

- 1 - Ganglion obturateur droit : complètement envahi par une métastase de la tumeur primitive
- 2 - Ganglion iliaque externe droit : noyau métastatique.
- 3 - Ganglion obturateur gauche : pas de néo.
- 4 - Fragments de la tumeur : épithélioma malpighien intermédiaire.

SUITES OPERATOIRES : très simples

diurèse le 25.11.58	1000 cc
le 26.11.58	1300 cc
le 27.11.58	3500 cc
le 28.11.58	1500 cc

Le 31.12.58 : l'urographie intraveineuse de contrôle montre :
à droite une légère dilatation de la partie inférieure de l'uretère,
à gauche un retard d'élimination avec une dilatation calicielle.

le 22.1.59 : la malade quitte l'hôpital en bon état général.

le 27.2.59 : malade revue à la consultation en bon état général.

le 6.3.59 : l'urographie intraveineuse de contrôle est normale.

Depuis le malade est perdue de vue.

=====

Observation N° 8 - Mme HADDOU BENT A... 50 ans

Antécédents : pas d'enfants, jamais de grossesse,
pas de pertes ni de troubles des règles.

Histoire : le 18.9.58 : T.V. : bourgeonnement du col, utérus rétroversé,
culs de sac et paramètres libres, stade II a.

Hystéromètre : 6 cms.

Le 20.9.58 : pose de radium, une sonde, un colpostat : 50 mgs pendant
6 jours soit 54,4 med.

Le 1.10.58 : traitement RTH prescrit

le 23.10.58 : malade avait déjà 20 séances soit 6.000 r.

le 30.10.58 : T.V. : persistance du néo, col ulcéré, stade II a

Indication opératoire : adénocolpo-hystérectomie

Examens complémentaires : urée : 0,30 g par litre
formule numération : normale

Le 5.11.58 : intervention : adénocolpo-hystérectomie + cystectomie et
vessie iléale.

Compte-rendu opératoire :

Tentative de séparation de l'isthme et de la vessie aboutit
à l'ouverture du cancer dont certains fragments restent sur la vessie.
Comme l'envahissement ganglionnaire est minime (un ganglion obturateur
peut être envahi) on pratique une adénocolpo-hystérectomie avec cystecto-
mie et vessie iléale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE :

1 - Ganglion obturateur droit : masse ganglionnaire envahie par des cor-
dons métaplasiques provenant d'un épithélioma malpighien spinocellulaire
non kératinisant. Assez nombreuses mitoses et nombreux noyaux bourgeonnants.

2 - Ganglion obturateur gauche : ganglion non métastatique, ne montrant que des lésions inflammatoires sub-chroniques.

3 - Adhérences, jonctions vésico-utérines : masse fibreuse contenant de nombreux vaisseaux dans laquelle on trouve quelques cordons anarchiques ayant essaimé à partir de la tumeur primitive.

SUITES OPERATOIRES : simples.

Diurèse le 6.11.58	400 cc
le 7.11.58	2000 cc
le 8.11.58	2800 cc
le 9.11.58	1700 cc
le 10.11.58	2000 cc

Urée le 7.11.58 : 1,27 g par litre
le 24.11.58 : 0,25 g par litre

Le 2.12.58 : la malade sort de l'hôpital en bon état général

le 12.3.59 : malade revue à la consultation en bon état général.

EXAMENS DE CONTROLE :

urée le 13.3.59 : 0,37 g par litre

Urogramme le 17.3.59 : rein gauche muet;
rein droit normal
vessie iléale bien opacifiée.

Le 6.11.59 : malade revue à la consultation, état général excellent.

UROGRAMME DE CONTROLE : le 9.11.59
rein gauche exclu
rein droit : légère dilatation calicielle.

Depuis la malade est perdue de vue.

=====

Observation N° 9 - Mme ZORRA BENT 50 ans

Antécédents : Hystérectomie totale en novembre 1954 faite à Casablanca dans un autre service et sur laquelle nous n'avons pas de renseignements.

Histoire : le 15.11.55 : consulte pour diarrhées importantes et douloureuses.

T.V. : vagin court, souple. On sent des noyaux multiples à l'emplacement du col. Culs de sac comblés.

SPECULUM : petite ulcération saignant dans la région correspondante à l'emplacement du col.

T.R. : induration très marquée de toute la paroi postérieure du vagin.

Le 21.11.55 : pose de radium, une cupule, un tube de 10 soit 21.7 med

BIOPSIE : épithélium malpighien.

Le 2.12.55 : traitement RTH prescrit

le 3.4.56 : traitement RTH terminé, a reçu 12.000 r. en 4 champs.

T.V. : vagin petit à paroi souple. Petite induration du cul de sac antérieur gauche. Grosse tumeur dure de la paroi antérieure de la grosseur d'une noix.

T.R. : paramètre libre, une masse indurée de volume d'une noix.

Le 21.6.56 : douleurs rectales.

T.V. : volumineuse tumeur de la paroi vaginale antérieure bloquant le cul de sac et remontant très haut.

Le 2.7.56 : Urographie I.V. : le rein gauche est normal,
à droite il existe une diminution fonctionnelle avec rétention urétéro-pyélique.

Cystoscopie : pas d'envahissement vésical.

T.V. : tumeur dure qui occupe le dôme vaginal, les paramètres sont envahis, stade III - IV.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

le 10.7.56 : urée : 0,70 g par litre

R.A. : 64 vol.

protides : 55 g par litre

<u>Electrolytes</u> :	Na	3.25 g ‰	141,3 meq
	K	110 mg ‰	2.82 meq
	Cl	2.63 g ‰	74 meq

le 25.6.56 : formule numération : normale

le 26.6.56 : taux prothrombine : 25 %

urée : 0,40 g par litre

glycémie : 0,75 g par litre.

Indication opératoire : laparotomie exploratrice en vue d'une pelvectomie antérieure.

Intervention le 3.7.56 : pelvectomie antérieure + vessie iléale.

Compte-rendu opératoire : l'uretère droit a été implanté dans le sigmoïde lors de l'hystérectomie antérieure. Il est dilaté et légèrement atone. Le pelvis est cartonné, mais il semble s'agir de tissu scléreux. Il n'y a pas d'adénopathie droite. Libération difficile vagin-rectum mais valable cependant. Ligature et section de l'artère hypogastrique droite. On respecte la veine.

A gauche, il existe une grosse adénopathie obturatrice. Libération aux ciseaux des ganglions et veine iliaque externe, ligature et section de l'artère hypogastrique gauche. Libération du vagin jusqu'à la vulve. Ablation de la pièce. 2 mèches et 1 drain par le vagin. La péritonisation est bien entendu impossible.

Création d'une néo-vessie iléale avec implantation de l'uretère gauche.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE :

1 - Ganglion obturateur gauche : les deux fragments sont envahis par un épithélioma indifférencié lobulé.

Etat scléreux du stroma qui est peu vascularisé. Zones nécrotiques disséminées.

2 - Prélèvement de tumeur du col : épithélioma indifférencié lobulé. La musculature n'est pas envahie sur le fragment considéré.

3 - Ganglion iliaque gauche : phénomènes de prolifération réticulaire intenses. Lésions inflammatoires, pas de métastases

SUITES OPERATOIRES : très difficiles

le 7.7.56 : urée : 1 g par litre

R.A. : 60 vol.

<u>Electrolytes</u> :	Na	3.05 g ‰	132.6 meq
	K	130 mg ‰	3.32 meq
	Cl	3.12 g ‰	88 meq

protides : 54.5 g par litre

le 13.7.56 : la malade dont l'état général est très mauvais présente une température hectique et des phénomènes occlusifs. On décide de pratiquer une exploratrice et celle-ci fait découvrir une péritonite pour laquelle on installe un drainage capillaire aspiré.

le 16.7.56 : urée : 0,45 g par litre

R.A. : 48 vol.

protides : 52 g

<u>Electrolytes</u> :	Na	2.95 g ‰	128.2 meq
	K	110 mg ‰	2.82 meq
	Cl	3.26 g ‰	92 meq

le 18.7.56 : formule numération : une anémie à 2.190.000 G.R.

le 23.7.56 : R.A. : 44 vol.

protides : 69.5 g par litre

<u>Electrolytes</u> :	Na	2.90 g ‰	125.8 meq
	K	150 mg ‰	3.75 meq
	Cl	3.21 g ‰	90.42 meq

le 6.8.56 : R.A. : 38 vol.

<u>Electrolytes</u> :	Na	2.95 g ‰	128.2 meq
	K	130 mg ‰	3.32 meq

le 16.8.56 : état général satisfaisant

le 24.8.56 : urée : 0,65 g par litre

glycémie : 1 g par litre

R.A. : 54 vol.

<u>Electrolytes</u> :	Na	2.95 g ‰	128.2 meq
	K	135 mg ‰	3.45 meq
	Cl	3.6 g ‰	102 meq

le 21.9.56 : urée : 0,60 g par litre

R.A. : 50 vol.

<u>Electrolytes</u> :	Na	3.10 g ‰	134.8 meq
	K	180 mg ‰	4.61 meq
	Cl	4.00 g ‰	111 meq.

le 22.9.56 : Urographie I.V. montre une image d'hydronéphrose bilatérale, surtout marquée à droite.

Radiographie pulmonaire : normale.

le 2.11.56 : malade revue à la consultation avec un état général satisfaisant et un état local très bon. Hospitalisation pour un examen de contrôle.

le 5.11.56 : urée : 0,65 g par litre

R.A. : 56 vol.

protides : 80 g par litre

<u>Electrolytes</u> :	Na	3.50 g ‰	152,1 meq
	K	170 mg ‰	4.35 meq
	Cl	3.62 g ‰	102 meq

le 7.11.56 : examen cyto-bactériologique des urines montre :

- quelques hématies
- nombreux leucocytes
- quelques cellules épithéliales pavimenteuses isolées et en petits placards.
- nombreux bacilles Gram négatifs à l'examen direct identifiés après culture : COLIBACILLE

le 19.11.56 : urée : 0,50 g par litre

le 29.11.56 : Urographie I.V. de contrôle montre un rein droit exclu.

Radiographie pulmonaire : normale.

le 6.12.56 : la malade quitte l'hôpital et n'a pas été revue depuis.

=====

Observation N° 10 - Mme ELISE N... 65 ans

Antécédents : une grossesse, un enfant vivant, pas de fausse couche, réglée à 18 ans.

Histoire : hystérectomie sub totale en 1922 à la suite des couches infectieuses.

le 22.2.56 : hémorragies brutales en pleine nuit, de sang rouge abondant non douloureuses

le 6.7.56 : T.V. : on note un manque de souplesse des parois vaginales, surtout au niveau de la paroi postérieure du vagin, le col est ulcéré en particulier aux dépens de la lèvre inférieure.

SPECULUM : on aperçoit un chou-fleur ulcéré et saignant

BIOPSIE : épithélioma très atypique envahissant tous les fragments considérés

Diagnostic : cancer sur col restant.

le 13.7.56 : pose de radium, une cupule de 5 tubes de 5 mgs, une sonde pendant 6 jours, enlevée le 18.7.56, soit 54.4 med

le 1.8.56 : un traitement RTH est prescrit

le 19.9.56 : traitement terminé, a reçu 12.000 r en 4 champs

le 12.11.56 : T.V. : vagin atrésique, pertes blanches

le 25.2.57 : pertes abondantes striées de sang depuis 10 j.

T.V. : vagin atrésique

T.R. : la cloison recto-vaginale semble épaissie mais souple

le 20.5.57 : T.V. : vagin atrésique bridé, petites hémorragies de sang rouge

T.R. : la cloison recto-vaginale semble indurée et on sent une petite masse à bout de doigt de la grosseur d'une noix.

le 30.7.57 : à éliminé par l'anus un caillot sanguin gros comme un oeuf, sans souffrance et sans hémorragie

T.V. : petit vagin atrésié ayant 3 cm de profondeur

le 20.9.57 : T.V. : vagin de plus en plus atrésique

le 8.7.58 : T.V. : vagin en entonnoir réduit à 2 ou 3 cm de long, partie postérieure fixée

le 8.1.59 : T.V. ; vagin complètement atrésié;

T.R. : grosse masse de volume d'une mandarine

le 10.3.59 : constipation opiniâtre, petites métrorragies et pertes blanches

T.V. petit vagin court

SPECULUM : le fond du vagin est occupé par une membrane tendue, bleutée.

le 13.3.59 : traitement chirurgical est envisagé

T.V. : cancer sur col restant au stade IV.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

le 14.3.59 : urogramme normal

le 16.3.59 : urée : 0,40 g par litre

glycémie : 0,95 g par litre

formule numération : normale

Indication opératoire : pelvectomie totale

Le 23.3.59 : Intervention : adénocolpo-hystérectomie + cystectomie et vessie iléale

Compte-rendu opératoire : on part pour une pelvectomie totale. Uretères normaux. On est surpris de voir une masse grosse, molle, ressemblant à un isthme utérin recouvert de réactions péritonéales inflammatoires atenant à la vessie mais très clivables du rectum.

Section des uretères : curage ganglionnaire iliaque et obturateur ne montrant que des tout petits ganglions à peine perceptibles. Section des

artères hypogastriques, de la fessière à droite, mais, comme il est de plus en plus évident qu'il n'y a pas d'envahissement cancéreux important dans le plan profond on continue l'opération en adénocolpo-hystérectomie élargie laissant le plan veineux et en s'aidant de tractions sur la vessie on libère l'ensemble de la masse antérieure et après avoir mis des pinces, on enlève la pièce en cystectomie totale et en colpectomie sub-totale.

Drain dans le vagin. Péritonisation avec le sigmoïde. Fabrication d'une néo-vessie iléale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE :

Les fragments prélevés au niveau du col montrent un épithélioma trabéculaire indifférencié.

Les ganglions obturateurs droits sont métastatiques.

Les ganglions obturateurs gauches sont tout petits en dégénérescence adipeuse dépourvue de métastases.

SUITES OPERATOIRES :

le 26.3.59 : urée : 2,75 g par litre

<u>Electrolytes :</u>	Na	3 g par litre	130.4 meq
	K	1.75 g p.l.	4.48 meq
	Cl	3.19 g p.l.	90 meq

le 22.3.59 : urée : 2,60 g par litre

réserve alcaline : 33 vol.

taux de prothrombine : 41 %

Diurèse :	le 23.3.59	400 cc
	le 24.3.59	600 cc
	le 25.3.59	1000 cc
	le 26.3.59	1700 cc

Malade décédée le 27 mars 1959 à 23 heures 20 par collapsus cardio-vasculaire dû au choc opératoire, malgré un bon fonctionnement rénal.

=====

Observation N° 11 - Mme MINA BENT B... 35 ans

Antécédents : mariée, 6 grossesses, 2 enfants vivants, 4 enfants morts, bien réglée jusqu'à sa maladie.

Histoire : le 22.7.60 : métrorragies depuis 5 mois, sang rouge, surtout provoquées par des rapports sexuels. Pas de pertes.

T.V. : cancer du col utérin, semblant envahir la vessie, stade IV.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES : urée : 0,20 g par litre

formule numération : leucopénie à 4600 G.B.

le 22.7.60 : urographie I.V. rein droit exclu
pas de radium, ni radiothérapie pré-opératoire.

Indication opératoire : pelvectomie antérieure.

Intervention : le 29 Juillet 1960, pelvectomie antérieure et néo-vessie iléale.

Compte-rendu opératoire : grosse masse tumorale envahissant l'isthme et la corne vésicale droite. L'uretère droit est de la grosseur du pouce. De plus, il existe un kyste de l'ovaire droit et un hydrosalpinx gauche très adhérent. Enfin, à gauche un gros ganglion adhérent sur les vaisseaux iliaques externes. Le rectum est libre. Les autres ganglions ne semblent pas envahis.

On commence à gauche : ligature de l'iliaque interne.

Dissection des vaisseaux iliaques externes.

On se reporte à droite : même tactique.

Devant l'importance de la pièce et l'étroitesse du bassin, on décide d'enlever la pièce en se tenant en avant du plan vasculaire, ce qui est facilement fait à gauche, mais, à droite, étant donné l'envahissement du ligament large et utéro-sacré, on est obligé de procéder par arrachage. Puis une fois la pièce enlevée, hémostase facile. La pelvectomie est pratiquée sans incident, des deux côtés et comprend bien entendu l'excérèse de tout le plan vasculaire. Péritonisation avec le sigmoïde. Constitution d'une néo vessie iléale avec implantation des deux uretères.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE :

Epithélioma malpighien spino-cellulaire para-kératinisant.
Envahissement néoplasique de la vessie.
Envahissement de tous les ganglions soumis à l'examen.

SUITES OPERATOIRES : très simples :

le 30 Juillet 1960 : diurèse : 100 cc
le 1.8.60 " 700 cc

urée : 2 g
R.A. : 66 vol.

<u>Electrolytes :</u>	Na	2.80 g %.	122 meq
	K	195 mg %.	5 meq
	Cl	3.40 g %.	96 meq

le 2.8.60 : diurèse 1900 cc
le 3.8.60 : urée 1,30 g par litre
le 8.8.60 : urée 1,18 g par litre
le 16.8.60 : urée 0,60 g par litre

le 22.8.60 : urographie I.V. de contrôle : apparition des calices du rein droit sous forme des boules périphériques.

=====

RESUME DES OBSERVATIONS

BILAN A VENTRE OUVERT

N° obs.	RA	RX	stade cli- nique	U.I.V. pré-opéra- toire	indication pré-opéra- toire	envahissement local
I	-	+	II b	RD + RG - ==	A.C.H.	uretère gauche
II	+	+	II b	RD + RG -	A.C.H.	uretère gauche
III	-	-	II b	RD + RG +	A.C.H.	muscleuse vésicale
IV	-	-	III- IV	RD + RG +	P.T.	vessie
V	+	+	II b	RD + RG +	A.C.H.	muscleuse vésicale
VI	+	+	IV(réci- dive HT)	RD + RG - =====	P.A.	vessie et ure- tère gauche
VII	-	-	II b	RD + RG + =====	A.C.H.	muscleuse vésicale
VIII	+	+	II a	n'a pas été pratiquée	A.C.H.	muscleuse vésicale
IX	+	+	III-IV (récidive H.T.)	RD + RG +	P.A.	vessie
X	+	+	IV col rest.	RD +	P.T.	vessie
XI	-	-	IV	RD - == RG +	P.A.	corne vésicale dr. et uretère droit

Métastases ganglionnaires (palpation)	Indication per- opératoire	Métastases ganglionnaires (histo-path)	U.I.V. post opératoire
ggs. peu nombreux petits, et de consistance non cancéreuse	A.C.H. + cystectomie et vessie iléale	-	RD + RG + ==
-	id	-	RD + RG + ===
-	id	-	RD + RG +
ggs. bilatéraux de consistance non cancéreuse	id	-	RD + RG -
-	id	-	D.C.D.
peu ou pas d'enva- hisement ganglion.	P.A. + vessie iléale	-	R.D. + R.G. +
un gg. obturateur dr. gros et semble cancéreux	A.C.H. + Cystec- tomie et vessie iléale	++ côté droit	RD + RG +
un gg. obturateur peut être envahi	id	+ côté droit	RD - RG +
à gauche il existe une gros. adénopa- thie obturatrice	P.A. + vessie iléale	+ côté gauche	RD - RG +
il existe des petits ggs à peine percep- tibles	A.C.H. + cystec- tomie et vessie iléale	+ côté droit	D.C.D.
à gauche un gros gg adhérent sur les vaisseaux iliaques externes	P.A. + vessie iléale	++ des deux côtés	RD + === RG +

CONCLUSIONS

=====

1 - Cette thèse préconise pour le traitement radio-chirurgical et parfois simplement chirurgical de certains cas avancés du cancer du col, une opération que notre Maître le Docteur COMTE a appelée adénocolpo-hystérectomie large avec cystectomie totale et vessie iléale.

Cette opération s'adresse dans sa pratique à une forme anatomo-pathologique spéciale peu lymphophile de cancer du col, forme où domine l'envahissement local, sagittal et surtout antérieur sur les envahissements latéraux. Dans ses formes, l'absence d'adénopathies ou leur caractère très limité, dans les cas déjà anciens, signe le bon pronostic éloigné.

Cette opération enlève largement "à la demande" les lésions locales, les plans cellulo-ganglionnaires péricervicaux, les ganglions obturateurs et iliaques, l'utérus, 3 ou 4 cms de vagin et la vessie, mais laisse en place tout ou partie des plans artériels et veineux profonds du petit bassin. Elle est terminée par une vessie iléale car seule cette dérivation assure l'avenir rénal.

Elle s'oppose dans les cas avancés :

d'une part, à l'adénocolpo-hystérectomie élargie qui nous semble souvent insuffisante au point de vue cancérologique et qui, dans la mesure où elle s'élargit, devient trop dangereuse pour l'appareil urinaire, et spécialement quand elle comporte soit une résection limitée,

soit une dissection de "trop près" de la vessie ou de l'uretère.

D'autre part, à la pelvectomie antérieure classique, réservée aux formes lymphophiles qui exigent l'ablation complète de tous les tissus cellulaires du petit bassin avec résection de tout le plan artériel et veineux hypogastrique, depuis sa naissance jusqu'à ses branches extra-pelviennes dans les racines du plexus sacré, et une colpectomie subtotale ou totale. Cette opération, quand elle est opposée aux formes lymphophiles avancées, donne rarement des survies de plus de dix huit mois. Elle est sanglante et difficile et est terminée dans la pratique du Docteur COMTE par une double urétéro-sigmoïdostomie dont les dangers rénaux n'entrent pas en ligne de compte étant donné le mauvais pronostic éloigné.

II - La recherche, parmi les cas avancés de ces formes spéciales locales à bon pronostic auxquelles on puisse opposer des opérations du type d'adénocolpo-hystérectomie avec cystectomie totale et vessie iléale correspond à une nouvelle orientation du Docteur COMTE dans la thérapeutique radiochirurgicale des cancers avancés du col utérin.

Il pense que, dans l'ensemble, l'intérêt du problème du traitement chirurgical de ces formes de cancer du col n'est plus de s'attaquer par des pelvectomies antérieures ou totales aux cas très avancés avec envahissements latéraux étendus et grand potentiel lymphophile, mais plutôt d'opposer aux formes moins avancées des opérations plus larges que l'adénocolpo-hystérectomie, en admettant la cystectomie même si les tuniques vésicales ou urétérales ne sont pas profondément envahies et si la cystectomie totale n'est donc pas d'indication absolue.

Le Docteur COMTE pense donc que l'on doit faire des cystectomies à beaucoup de cas considérés comme justiciables de la seule adénocolpo-hystérectomie, et où cette opération n'est pas cancérologiquement valable. Il a cherché surtout à traiter après leur irradiation les S.2 et les S.3. non stérilisés par le radium et à définir les cas où il fallait leur opposer une adénocolpo-hystérectomie avec cystectomie totale et vessie iléale.

III - Nous avons donc, dans ce but, étudié dans cette thèse, les complications urinaires et les résultats des adénocolpo-hystérectomies dans les cas avancés en étudiant les grandes statistiques françaises et mondiales et en rapportant l'expérience du Docteur COMTE. Cette étude montre l'importance des complications urinaires, la difficulté et même l'impossibilité de les éviter dans les cas avancés, et les mauvais résultats vitaux de cette opération dans les cas où l'on n'admet pas d'être amené à faire le sacrifice de la vessie.

Ce faisant, nous avons envisagé le rôle du traitement préalable au radium et les dangers souvent invoqués de l'infiltration et de la sclérose post-radique du petit bassin pour l'uretère. Nous ne croyons pas que ce danger soit très important, pensant que ces scléroses sont, le plus souvent, dues à l'inflammation surajoutée et nous continuons à croire à l'utilité du traitement radium thérapeutique pour la stérilisation des lésions basses. La confiance en son action justifie de ne pas étendre l'intervention vers le bas. Il y a là une analogie avec l'attitude adoptée par DARGENT dans les adénocolpo-hystérectomies complémentaires dans les cas peu avancés.

IV - Dans le chapitre des indications et de la technique de l'adénocolpo-hystérectomie avec cystectomie totale et vessie iléale, nous avons cherché d'abord à déterminer les tests qui permettent de sélectionner les cas à évolution locale et à bon pronostic auxquels nous réservons cette intervention.

Le premier test est le caractère non lymphophile des cancers qui se traduit en gros par une dissociation entre l'étendue et l'ancienneté des lésions locales cervicales, et péricervicales d'une part et la qualité et la quantité de l'envahissement lymphatique d'autre part. Par qualité, nous entendons l'absence de toute trainée ou plaque de lymphangite cancéreuse, par quantité, nous entendons l'absence d'adénopathies cancéreuses perceptibles, ou leur limitation aux ganglions obturateurs.

Le deuxième test est la forme anatomopathologique spéciale des envahissements locaux péricervicaux qui se font dans le sens sagittal le long et à l'intérieur des lames sagittales, sacro-recto-génito-pubiennes, plutôt que latéralement dans les gaines hypogastriques. Les études récentes de LANDGON PARSONS de Boston, semblent montrer que les envahissements sagittaux ne se font pas par voie lymphatique, mais par des envahissements directs le long des éléments nerveux des lames sacro-recto-génito-pubiennes.

V - Après avoir étudié ces tests, nous avons essayé d'esquisser les indications de l'adénocolpo-hystérectomie avec cystectomie totale et vessie iléale, telles que l'on peut essayer de les poser avant l'opération par la clinique, la cystoscopie et l'urographie. Du point de vue de la classification clinique internationale que nous avons critiquée, mais conservée à cause de sa commodité, nous avons admis :

1 - Comme cas non avancés : en radiochirurgie les stades I et S. II parfaitement stérilisés par les radiations, en chirurgie primitive les stades I et les stades IIa de LANDGON PARSONS.

2 - Comme cas avancés : en radiochirurgie, les stades 2 non stérilisés par les radiations ou récidivés, les stades III et certains S. IV ; en chirurgie primitive, les stades II B de LANDGON PARSONS, les S. III et certains S. IV ; nous ne parlons pas des S. IV très avancés qui sont en dehors des problèmes que nous discutons et qui concernent les cas avancés tels que nous les avons définis.

VI - Nous avons rapporté ensuite l'expérience du Dr COMTE qui pense que les indications ne peuvent être posées qu'à "ventre ouvert" et même le plus souvent, seulement en fin d'intervention, et, nous avons décrit les techniques qu'il préconise.

Il distingue :

a - les indications relatives de l'adénocolpo-hystérectomie avec

cystectomie totale et vessie iléale qui se posent, le plus souvent, chez des malades auxquelles on avait décidé de faire une simple adénocolpo-hystérectomie, et chez lesquelles on est amené à faire en cours d'intervention une cystectomie.

b - les indications absolues où l'on partait, dès le début, pour faire une pelvectomie antérieure, ou une pelvectomie totale et où l'on est amené, en cours de route, à réduire ces indications à une opération du type adénocolpo-hystérectomie avec cystectomie totale et vessie iléale.

Nous avons situé enfin les indications des onze observations rapportées d'opérations à type d'adénocolpo-hystérectomie avec cystectomie et vessie iléale par rapport à quarante et une pelvectomies antérieures classiques avec urétéro-sigmoïdostomies pratiquées dans le service.

VII - Nous avons étudié, pour terminer, les avantages et les résultats de la vessie iléale et cela surtout dans les cas où les uretères étaient dilatés et un rein silencieux. Nous avons rapporté quatre cas dans lesquels un rein, exclu avant l'opération, avait repris sa sécrétion après l'opération, et nous avons étudié l'évolution à longue échéance de ces reins.

Dans l'ensemble, nous avons conclu que les résultats immédiats et tardifs de la vessie iléale sont bons, et, en tous cas, bien meilleurs que ceux des urétéro-sigmoïdostomies à anus continent, et que, cette dérivation devait être appliquée aux cas à bon pronostic que nous avons essayés de sélectionner.

=====

Vu, le Président de Thèse,

Professeur REDON

Vu, le Doyen de la Faculté

Professeur L. BINET

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. SARRAILH

B I B L I O G R A P H I E

=====

1 - AMALRIC (R) et SPITALIER (J.N.)

Le contrôle chirurgical de la curiethérapie des épithélioma
du col utérin, Stade I (A propos de 55 observations). La
Presse Médicale, 1953 - 33 - 1349

2 - AMELINE (A), HUGUIER (J), MOYSE (P) et CHATAIN (Y)

La chirurgie à deux équipes dans le traitement des cancers
pelviens.

Librairie Arnette N° Edition 7 - 1950

3 - ARNAS (N) et FOIX (A)

Tratamiento del carcinoma del munon cervical;

Obst. Gin. Lat. Amer. 1958 - 16 - 161

4 - BAUM (W.C.)

Terminal ileum as substitute bladder.

Journal of Urol. 1954 - 72 - 16

5 - BITKER (M.P.)

Les urétéro-plasties

J. d'Urol. 1954 - 6-7-8- 473

6 - BONAFOUS (M)

L'iléo-cusot-urétéroplastie

Algérie Médicale, 1956, - 60 - 10 - 811

7 - BRENIER (J.L.)

Le lymphadéno-colpo-hystérectomie par voie abdominale
J. de chirurgie, 1950, 66 - 8 - 9, 557

8 - BREMIER (J.N.)

De nos conceptions actuelles sur le traitement des cancers
du col utérin.
Riv. di Ost. e. Gin. 1952 - 7, 1 - 22

9 - BRENIER (J.L.)

La place des lympho-adénocolpo-hystérectomies (L.Ch.) dans
la chirurgie du cancer du col utérin aux stades I et II
Mém. Acad. Chir. 1957 - 83 - 432

10 - BRICKER (E.M.)

Bladder substitution after Pelvic Evisceration
S.Clinic North America, 1950 - 30 - 1511

11 - BRICKER (E.M.)

Bladder substitution with isolated small intestine segments.
A progress report. The American Surgeon, 1952 - 18 - 654

12 - BRICKER (E.M.), BUTCHER (A) and ALAN MAC AFEE (C)

Late results of bladder substitution with isolated ileal
segments. Surg. Gynec. Obst. 1954 - 99 - 469

13 - BRICKER (E.M.) and MODLIN (J)

The role of Pelvic Evisceration in Surgery
Surgery, 1951 - 30 - 1 - 76

14 - BRINTNALL and FLOCH

An Masse Pelviviscerectomy with uretero-intestinal anastomosis
Arch. Surg., 1950 - 6 - 1 - 751

15 - BRUNSCHWIG (A)

Radical surgery of Advanced abdominal cancer
University of Chicago, Press, 1947

B I B L I O G R A P H I E

=====

1 - AMALRIC (R) et SPITALIER (J.N.)

Le contrôle chirurgical de la curiethérapie des épithélioma
du col utérin, Stade I (A propos de 55 observations). La
Presse Médicale, 1953 - 33 - 1349

2 - AMELINE (A), HUGUIER (J), MOYSE (P) et CHATAIN (Y)

La chirurgie à deux équipes dans le traitement des cancers
pelviens.

Librairie Arnette N° Edition 7 - 1950

3 - ARNAS (N) et FOIX (A)

Tratamiento del carcinoma del munon cervical;

Obst. Gin. Lat. Amer. 1958 - 16 - 161

4 - BAUM (W.C.)

Terminal ileum as substitute bladder.

Journal of Urol. 1954 - 72 - 16

5 - BITKER (M.P.)

Les urétéro-plasties

J. d'Urol. 1954 - 6-7-8- 473

6 - BONAPOS (M)

L'iléo-cusot-urétéroplastie

Algérie Médicale, 1956, - 60 - 10 - 811

7 - BRENIER (J.L.)

Le lymphadéno-colpo-hystérectomie par voie abdominale
J. de chirurgie, 1950, 66 - 8 - 9, 557

8 - BREMIER (J.N.)

De nos conceptions actuelles sur le traitement des cancers
du col utérin.
Riv. di Ost. e. Gin. 1952 - 7, 1 - 22

9 - BRENIER (J.L.)

La place des lympho-adénocolpo-hystérectomies (L.Ch.) dans
la chirurgie du cancer du col utérin aux stades I et II
Mém. Acad. Chir. 1957 - 83 - 432

10 - BRICKER (E.M.)

Bladder substitution after Pelvic Evisceration
S.Clinic North America, 1950 - 30 - 1511

11 - BRICKER (E.M.)

Bladder substitution with isolated small intestine segments.
A progress report. The American Surgeon, 1952 - 18 - 654

12 - BRICKER (E.M.), BUTCHER (A) and ALAN MAC AFEE (C)

Late results of bladder substitution with isolated ileal
segments. Surg. Gynec. Obst. 1954 - 99 - 469

13 - BRICKER (E.M.) and MODLIN (J)

The role of Pelvic Evisceration in Surgery
Surgery, 1951 - 30 - 1 - 76

14 - BRINTNALL and FLOCH

An Masse Pelviviscerectomy with uretero-intestinal anastomosis
Arch. Surg., 1950 - 6 - 1 - 751

15 - BRUNSCHWIG (A)

Radical surgery of Advanced abdominal cancer
University of Chicago, Press, 1947

16 - BRUNSSHWIG (A)

Surgical treatment of cancer of cernix
Cancer, 1953 - 6 - 980

17 - BRUNSCHWIG (A)

The use of an ileal segment for artificial bladder after
pelvis extenteration
Lyon Chir. 1956 - 52 - 2 - 63

18 - BRUNSCHWIG (A) and DANIEL (W)

Observations of the urinary tract two to eight years after
complete anterior pelvis exenterstion.
The journal of the International College of Surgeons 1956,
26 - 6 - 687

19 - BRUNSCHWIG (A) and DANIEL (W)

Evualation of pelvix exenteration for advanced cancer of
the cervix
Surg. Gynec. Obst. 1956 - 103 - 337

20 - BRUNSCHWIG (A) and DANIEL (W)

The surgical treatment of cancer of the cervix uteri.
AM;J.Obst. 1958 - 75 - 875

21 - BRUNSCHWIG (A) and DANIEL (W)

Pelvic exenteration operations : with summary of 66 cases
surviving more than 5 years.
Annals of Surgery, 1960 - 151 - 4 - 571

22 - BRUNSCHWIG (A) and FRICK (H.G.)

Urinary tract fistules following radical surgical treatment
of carcinoma of the cervix
Am.J.Obst.Gynec. 1956 - 72 - 3 - 479

23 - BRUNSCHWIG (A) JORDAN (J) and PIERCE (V)

Radical Panhysterectomy, pelvic lymph., Mode excision, Total
Vaginectomy, One stage operation for carcinoma of female

Genital Invading the bladder. Am. J. Obst. Gyn., 1950 - 59
237

24 - BRUNSCHWIG (A) and PIERCE (V)

Progress report based on first 100 operations Cancer, 1950
- 3 - 972

25 - BRUNSCHWIG (A), ROBBINS and FOOTE

Deperitonealisation : clinical and experimental observations
Ann. Surg. 1949, vol. 103 N°3

26 - CAMERON LOXTON (J)

Carcinoma of the cervix, the pelvic exenteration. Med. J. Australia, 1958 - I - 359

27 - CATAREO (L)

Traitement du cancer du col utérin
Clin. Obst. Gin. 1959 - 61 - 129

28 - CENTARO (A) et MONGIONE (P)

Classificazione anatomo-clinica del carcinoma del collo
dell'utero con particolare riguardo ad alcuni reperti isopathologici associati.
Riv. Ostat. Gin. Firenze, 1957 - 12 - 403

29 - CERBONNET (G)

Lésions opératoires récentes des uretères dans la chirurgie
du cancer du col utérin. Communication faite lors de la discussion
du rapport de MM. FABRE (P) et COUVELAIRE (R) au
62ème Congrès Français de Chirurgie, sept. oct. 1960

30 - CHARDOT (C)

De l'exentération pelvienne antérieure ou totale dans les cancers
avancés du col utérin et du rectum (Etude de 25 interventions).
J. Chir., 1960 - 79 - 2 - 185

31 - CHRISTENSEN (A) and LANGER (P)

Urological and others complications following radical hysterectomy for cancer of the cervix with pelvic lymphadenectomy
Urologie internationalis, 1956 - 2 - 3 - 180

32 - CHRISTENSEN (A) et LEFEVRE (H)

L'opération de Werthem, étendue
Ugeskr. Laeg., 1955 - 117 - 279

33 - CIBERT (J) DURAND (L) et SOLER (A)

Les complications urinaires des thérapeutiques actuelles du cancer utérin
Lyon Chir. 1956 - 51 - 6 - 693

34 - CIBERT (J) et REVOL (M)

Les lésions traumatiques de l'uretère
Masson et Cie, éditeurs, 1959

35 - COMTE (H)

Traitement des lésions urétérales après A.C.H. pour néoplasme avancé du col utérin.
Mém. Acad. Chir. 1956 - 82 - 31 - 32 - 972

36 - COMTE (H)

Evolution de la tactique opératoire dans les interventions extensives pour le cancer avancé du col utérin.
Mém. Acad. Chir. 1956, 82 - 31 - 32 - 976

37 - COMTE (H)

Etude des adénopathies au cours des pelvectomies pour cancer du col et de leurs incidences sur la tactique opératoire.
Ouest Médical, sept 1957, N° 17

38 - COMTE (H)

Traitement radio-chirurgical et chirurgical du cancer du col de l'utérus au centre Anti cancéreux du Maroc, Maroc Med. 1959
409 - 843

39 - COMTE (H) et COTTOU (M)

Les pelvectomies dans le cancer du col utérin. Technique,
Indication, J. de chirur. 1954 - 70 - 3 - 217

40 - COMTE (H) BOTTOU (M) et OURADOU (J)

Premiers résultats éloignés des néo-vessies iléales (à propos de 45 observations)

Mem. Acad. Chir. 1959 - 85 - 17 - 18 - 456 ..

41 - COUVELAIRE (R)

Le réservoir iléal de substitution après la cystectomie totale chez l'homme.

J. d'Urol. 1951 - 57 - 408

42 - COUVELAIRE (H)

Chirurgie de la vessie

Masson et Cie, éditeur, 1955

43 - COUVELAIRE (R)

Sur les ressources du greffon intestinal en urologie.

Mem. Acad. Chir. 1956 - 82 - 674

44 - COUVELAIRE (R)

Fistules vesico et recto vaginales après ACH

J. d'Urol. Juin 1958

45 - CREEVY (C.R.)

The disadvantages of uretero-sigmoidostomy Surgery.

1953 - 53 - 131

46 - DAHLE (T)

Combined Radiologic Surgical treatment of carcinoma of the cervix

Surg. Gyn. Obst. 1959, 108 - 5 - 600

47 - DARGENT (M)

Essai de chirurgie à visée conservatrice dans le traitement

des cancers gynécologiques avancés. J. de Chir. 1956-72-5-441

48 - DARGENT (M) - Essai de chirurgie à visée conservatrice dans le Tt
des cancers gynécologiques avancés. J. de Chir. 1956-72-5-441

49 - DARGENT (M)

Sur l'association radium-chirurgie dans le traitement du cancer du col utérin

Mem. Acad. Chir. 1958, 84, 32 - 33 - 1012

50 - DARGENT (M)

L'exentération pelvienne pour cancer gynécologique en phase avancée.

Annales de Chir. 1959, 13 - 5 - 6 - 267

51 - DARGENT (M) et GUILLEMAIN (C)

La place de la lymphadénectomie iléo-pelvienne dans le traitement du cancer du col utérin.

Journ. Intern. de Chir. 1950, 21 - 346

52 - DARGENT (M) et GUILLEMAIN (C)

Le traitement des formes opérables du cancer de l'utérus (réflexions sur 250 cas d'association radium-chirurgie)

Annales de Chir. 1954, 30 - 9 - 493

53 - DARGENT (M) MAYER (M) et BUTEL (J)

Résultats d'ensemble de l'association radium-chirurgie dans le traitement du cancer du col utérin (à propos de 400 observations);

Mem. Acad. Chir. 1957 - 83 - 14 - 15 - 16 - 479

54 - DARGENT (M) MAYER (M) COLON (J) et CHAPUIS (H)

Le choix des opérations de dérivation urinaire. Temps préalable à l'exentération pelvienne dans les cancers gynécologiques à un stade avancé avec complications urinaires.

J. d'Urol. 1958, 64 - 1 - 2 - 1.

55 - DARGENT (M) et MOLLARD (P)

Les problèmes posés par le cancer sur moignon cervical après hystérectomie subtotale. Mem. Acad. Chir. 1960 - 86 - 4 -

5 - 156

56 - DARGENT, PAPILLON, MONT, BARDON et COSTAZ

Etude systématique de l'urographie pré et post opératoire
dans les maladies traitées par association radium-chirurgie
pour cancer du col de l'utérus au stade de début.
Lyon Chir. 1956 - 51 - 6 - 655

57 - DARGENT, PAPILLON, MONT, BARBON et COSTAZ

Modifications fonctionnelles de l'arbre urinaire étudiées par
l'urographie intra-veineuse au cours du traitement combiné
radio-chirurgical du cancer du col utérin.
Journ. Urol. Med. Chir. 1957 - 63 - 4 - 5 - 266

58 - DUCASSOU (J)

Acquisition de l'année 1958 en Urologie
Algérie Med. Afrique Franç. Chir.
Numéro spécial, 1959, p. 166

59 - FABRE (P) et COUVELAIRE (R)

Traitement des lésions opératoires récentes des uretères.
Rapport au 62ème Congrès Français de Chirurgie, 1960

60 - FORET (J)

Le greffon intestinal en urologie
J. d'Urol. 1953 - 59 - 3 - 4 - 191

61 - FORET, CLOSON et SIMILON

L'incidence urologique des cancers du col utérin. J. d'Urolo-
gie, 1954, 60 - 551

62 - FRICK, TAYLOR and CORSCADEN

Surgical and Radiologic treatment of cancer of cervix in
397 cases
Surg. Gynec. Obst. 1958, 107-457

63 - FRIEDEL (G.H.) and GRAHAM (J.B.)

Regional lymph node involvement in small carcinoma of the
cervix. Surg.Gyn.Obst. 1959-108-5-513

64 - FUNCK-BRENTANO (P)

Rapport au Congrès Français de Chirurgie, 1955

65 - FUNCK-BRENTANO (P)

L'urographie intra-veineuse systématique avant le traitement du cancer du col utérin

Mem. Acad. Chir. 1958, 84 - 28 - 29, 902

66 - GARBAY (M)

L'envahissement lymphatique dans les petits cancers du col utérin.

Annales de Chir. 1960, vol. 14, N° 3 et 4

67 - GIANNARDI (G.F.) et CIAPELLI (L)

La alternazioni pielo-ureterali nel carcinoma della portio.

Riv. Obst.Gin. Firenze, 1959- 14 - 270

68 - HAMBURGER (J) NETTER (A) PIERQUIN(A) et REDON (H)

Quelles sont les indications respectives de la chirurgie et de la radiothérapie dans les cancers du col de l'utérus

Presse Med. 1959 - 9 - 341

69 - HUGUIER (J) CERBONNET (G) et SCALI (P)

Premiers essais de cellulectomies totales réglées dans les cancers pelviens génitaux de la femme.

Mem. Acad. Chir. 1958-84-20-21-613

70 - JAVERT (C.T.)

The lymphénodes and lymphochannels of the pelvis. In surgical treatment of cancer of the cervix.

Edited by J.V. MEIGS , 1954 (90)

71 - JOMAIN (J) KRITTER (H) et NAHUN (H)

Examen urologique systématique avant traitement des malades atteints de cancer du col utérin. Sa valeur pronostique.

Mem. Acad. Chir. 1958 - 84 - 28 - 29 - 891

72 - JOYEUX (R) et COLIN (R)

La dérivation urinaire précoce dans le traitement du cancer du col utérin.

Marseille Chir. 1959 - 5 - 552

73 - KEITH

Injuries to the urinary tract following hysterectomy.

South Med. J. 1958 - 51 - 1273

74 - KELSO (J.M.)

Surgical management of carcinoma of the cervix

South Med. J. 1959 - 52 - 681

75 - KIMBROUGH (R.A.)

Regional lymphoadectomy as an adjunct to radiation therapy of carcinoma of the cervix

South Med. J. 1959 - 52 - 674

76 - KOTTMEIR (H.L.)

Current Treatment of carcinoma of the cervix

Ann. J. Obst. 1958 - 72 - 243

77 - KUSS (R) et HOLZER

Reconstitution de l'uretère pelvien par l'opération de Boari

J. Urol. Med. Chir. 1953 - 59 - 578

78 - KUSS (R) LEGRAIN (M) BITKER (M) et PERRIN (C)

Etude du retentissement sur la fonction rénale des plasties intestinales de la voie excrétrice urinaire (à propos de 42 observations)

J. d'Urol. 1958-64-4-5- 187

79 - LACHAPELLE (A.P.) et CHAUVERGNE (J)

Le cancer du col après hystérectomie subtotale (A propos de 147 cas observés en 33 ans au Centre anticancéreux de Bordeaux et du Sud-Ouest).

J. de Med. de Bordeaux, 1958 - 12 - 1341

80 - LEGER (L)

Note de technique chirurgicale
Presse Med. 1959 - 23 - 949

81 - LIEGNIER (L.M.) OLSON (M) and NICKSON (J.J.)

Post-operative irradiation of 86 cases of carcinoma of the
cervix
Surg. Gynec. Obst. 1959 - 108 - 3 - 312

82 - MAGANDIE (J)

La chirurgie complémentaire et la physiothérapie dans le traitement du cancer du col
J. de Med. de Bordeaux, 1959 - 136 - 132

83 - MAGANDIE (J) et BALLANGER (R)

Le traitement des complications primaires de la radio-chirurgie du cancer du col utérin. J. d'Urolog. 1959 - 65 - 1 - 2 - 11.

84 - MAGANDIE (J) et BALLANGER (R)

Le traitement des complications urinaires de la radio-chirurgie du cancer du col utérin
Rev. Franç. de Gyn. Obst. 1959, 54 - 4 - 261

85 - MAGANDIE (J) BALLANGER (R) BOURSIER (D) REGNIER (M) MAGINEL (J)
et PONSAN (X)

Les complications urinaires du traitement radiochirurgical du cancer du col et leur pathogénie. Bordeaux Chirurgical, 1958
2, 69

86 - MARCEL et MONIN

Complications urinaires hautes après Curie et Roentgenthérapie pour cancer du col.
J. d'Urol. 1955 - 61 - 5 - 249

87 - MEIGS (J.V.)

Wertheim operation for carcinoma of cervix
Ann.J.Obst. and Gyn. 1945 - 49 - 542

88 - MEIGS (J.V.)

Radical hysterectomy with bilateral pelvic lymphonodes dissection. A report of 100 patients operated on five or more years ago

Am. J. Obst. Gyn. 1951 - Vol. 62

89 - MEIGS (J.V.)

Radical hysterectomy and bilateral pelvic lymph-adenectomy for cervical cancer

Am. J. Roentgenology, 1951 - 65 - 704

90 - MEIGS (J.V.)

Surgical treatment of cancer of the cervix
Grune and Stratton, edit. 1954 (New York)

91 - MEIGS (J.V.)

Cancer of the cervix, an appraisal

Am. J. Obst. Gyn. 1956, 72 - 3 - 467

92 - MEIGS (J.V.)

Radical hysterectomy with bilateral dissection of the pelvic lymph node for cancer of the cervix.

Surg. Clin. North Am. 1956 - 36 - 4 - 1083

93 - MEIGS (J.V.)

Carcinome of the cervix

Surg. Gyn. Obst. 1959, 108 - 5 - 616

94 - MEIGS (J.V.) and BRUNSCHWIG (A)

Proposed classification for cases of cancer of the cervix treated by surgery

Am. J. Obst. Gynec. 1952 - 64 - 413

95 - MEIGS (J.V.) and LIU (W)

Radical hysterectomy and Pelvic Lymphadenectomy

Am. J. Obst. Gynec., 1955 - 69 - 1 - 1

- 96 - MEIGS (J.V.) PARSONS (L) and NATHANSON (I.T.)
Retroperitoneal lymph node dissection in cancer of the cervix
Am. J. Obst. Gynec. 1949 - 57 - 1087
- 97 - MEIGS (J.V.) and ULFELDEN (H)
The surgery of advanced Pelvic Cancer in Woman J. England J.
Med. 1952 - 246 - 243
- 98 - MERSCHMEIER (L) KOLARSIC (A.J.) and KAMMANDEL (H)
Implantation of ureters into completely isolated loop of small
intestins
P. Soc. Exp. Biol. and Med. 1951 - 76 - 170
- 99 - MONIN (G.)
Complications urinaires, en particulier hautes, après curie
et roentgenthérapie pour le cancer du col utérin
Thèse Paris 1954
- 100 - MORRIS (J. McL) and MEIGS (J.V.)
Carcinoma of the cervix : statistical evaluation of 1.938
cases and results of treatment
Surg. Gyn. Obst. 1950 - 90 - 135
- 101 - MOULONGUET
Chirurgie et radiations dans les cancers du col utérin
Mem. Acad. Chir. 1951 - 77 - 970
- 102 - MOULONGUET et GARBAY
La paravagin. Son infiltration élective dans les cancers
du col utérin=
J. de Chir. 1958 - 76 - 1 - 31
- 103 - NGUYEN KUAN CHU, PHAM BIEU TAM, DAO DUC HOANH and LAM VAN THACH
Cancer of the cervix in South Viet-Nam
Ann. Inst. Cancer, Viet-Nam 1959, p. 49

104 - NOVAK (F)

Technic for prevention of fistules formation after Wertheim operation.

Zbl. Gyn. 1956 - 78 - 839

105 - NOVAK (F)

Procedure for the reduction of the number of uretero-vaginal fistules after Wertheim operation.

Am. J. Obst. Gyn. 1956 - 72 - 3 - 506

106 - OURADOU (J)

Dérivation urinaire et vessies de substitution. Indications des néovessies iléales.

Thèse Lyon 1957

107 - PARSONS (L)

Surgical methods in the treatment of carcinoma of the cervix
The Connecticut state Med. Journal 1952 - 16 - 3 - 155

108 - PARSONS (L) and BEADBETTER (W.F.)

Urology aspects of radical pelvic surgery

W. England J. Med. 1950- 242 - 774

109 - PARSONS (L) CESARE (F) and FRIEDEL (G)

Primary surgical treatment of invasive cancer of the cervix
Surg. Gyn. Stat. 1959 - 109 - 3 - 279

110 - PARSONS (L) CASARE (F) and FRIEDEL (G)

The evaluation of lymphadenectomy in therapy of cervical cancer.

Annals of Surg. 1960 - 151 - 6 - 961

111 - POPOVICI (C)

L'opération de Thomas Ionisco dans le traitement du cancer utérin

Lyon Chir. 1956 - 51 - 3 - 295

112 - RACKER (D.G.) and BRITHWAITE (J.L.)

The blood supply to the lower end of the ureter and its relation to Wertheim's hysterectomy.

The J. of Obst. Gynec. of Britain Emp. 1951 - 58 - 608 - 4

113 - RAUSCHER (H) et Spurnay (J)

Ergebnisse der Werthermschen Radikaloperation ohne und mit obligatorischer Lymphadenektomie Geburtsh. Frauenh : 1959
19 - 651

114 - REDON (R) and LABORDE (S)

La valeur de l'hystérectomie supplémentaire dans le traitement du cancer du col utérin au stade I.

Mem. Acad. Chir. 1950 - 76 - 909

115 - REDON (H) et LABORDE (S)

Le traitement des cancers du col utérin au stade I

Bulletin du cancer, 1953 - 40 - 3 - 272

116 - SAMPSON (J.A.)

The efficiencies of the periureteral arterial plexus and the importance of its preservation in the more radical operation for carcinoma cervicis uteri.

Bull. Johns. Hosp. 1904, 15 - 123

117 - SCHLINK (H.H.)

The Wertheim operation.

Med. J. Australis, 1953 - 1 - 503

118 - SHAFIROFF (P) GRILLO (E.B.) and BARON (H)

Bilateral Ligation of the Hypogastric arteries

Am. J. Surg. 1959 - 98 - 34

119 - SHERMAN (A.I.) and RUCH (R.M.)

Effect of lymph Node Metastases on prognosis for carcinoma of the cervix and vulva.

South Med. J. 1952 - 45 - 703

- 120 - SILVA (T), PARSONS (L) and FRIEDEL (G)
Pelvic exenteration for carcinoma of the cervix ; clinicopathologic study of sixty operations. N. England J. Med. 1959
260 - 519
- 121 - STEVENSON (C.S.)
Treatment of carcinoma of the cervix with full irradiation therapy followed by radical surgery. Am. J. Obst. 1958 - 75 - 888
- 122 - TAILHEFER (A)
L'envahissement ganglionnaire dans les cancers du col utérin. Conséquences thérapeutiques. Presse Med. 1953 - 64 - 1289
- 123 - TAILHEFER (A)
A propos du traitement des cancers du col utérin. Mem. Acad. Chir. 1959 - 83 - 1 - 2 - 3 - 58
- 124 - TAILHEFER (A) et PILLERON (J.P.)
La colpo-hystérectomie élargie avec curage ganglionnaire des chaines du petit bassin
Revue de Chirurgie, Janv. Fev. 1953
- 125 - TAILHEFER (A) PILLERON (J.P.) et PELISSIER (G)
Résultats de la colpo-hystérectomie élargie avec évidemment ganglionnaire systématique pour cancer du col utérin (340 opérations)
Mem. Acad. Chirur. 1958 - 84 - 28 - 29 - 893
- 126 - VERLIAC (P)
Contribution à l'étude des atteintes ureterales par le traitement du cancer du col utérin
Thèse, Paris 1958
- 127 - WAWRO (N.W.)
Experience and complications of bladder substitution with isolated ileal segments. Annals of Surgery, 1956 - 114 - 5 - 829

128 - WELCH (J.S.) PRATT (J.H.) and CANTRELL (G)

Involvement of Regional lymph Nodes in squamous Cell epithelioma of the Uterine Cervix.

Surg. Clin. North. Am. 1959/- 39 - 4 - 1067

129 - WERTHEIM (E)

L'opération élargie dans le cancer du col utérin

Urban et Schwarzensberg , 1911

130 - ZEITZ (H)

Frueherfassung Strahlenregister Kollumkarzinoma Geburtsh

Frauen, 1960 - 20 - 40

131 - ZACUTTI (A)

Contributo clinico allo studio del problema della fistole dell'apparato urinario come complicanza dell'intervento radicale per carcinoma del collo dell'utero.

Riv. Ital. Ginec. Vol. XLI - Fasc. IV

=====



**AGEMP
POLYCOPIE**

8, rue Dante
PARIS - V •
Téléphone : ODÉon 58-90